ANNO XLII Roma, 24 Giugno 1935 - XIII Num. 25

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Il pneumotorace controlaterale.

Interlocuzione alla giornata franco-italiana sul pnx. controlaterale (1).

MAURIZIO ASCOLI (Palermo).

Come Clinico e come Italiano mi sono sempre rallegrato della collaborazione franco-italiana che da Forlanini in poi si è svolta in materia di collassoterapia; collaborazione che a cominciare da Dumarest ha fruttato fecondi risultati nel campo della tisiologia.

Personalmente poi sono particolarmente lieto che questa collaborazione abbia oggi per oggetto il *pneumotorace controlaterale* da me ideato e propugnato pochi anni or sono.

Desidero quindi esprimere al presidente prof. Ferrata i sensi del mio animo grato per l'invito fattomi di presenziare questa riunione. Mi preme e mi è caro dichiarare che il cammino sarebbe stato più lungo ed aspro senza la fattiva e preziosa opera fiancheggiatrice di un eminente tisiologo, il prof. Parodi, mio antico allievo, che del controlaterale è stato incomparabile assertore e documentatore.

Ed il mio pensiero riconoscente va egualmente al dr. Tobè, che è stato antesignano del metodo in terra di Francia ed ha portato ad esso importanti e validissimi contributi clinici.

* * *

Per pneumo controlaterale intendo un pneumo istituito dal lato opposto a quello in cui vi sarebbe l'indicazione di istituirlo. Esso è il fratello minore del pneumo bilaterale simultaneo e sono entrambi scaturiti quale conseguenziale, indeclinabile inferenza della concezione, a suo tempo giudicata rivoluzionaria del *pneumo ipotensivo*, che, se non mi fa velo un sentimento eccessivo di paternità, può considerarsi oggi siccome il *motivo dominante della teoria e della pratica del pneumotorace artificiale*. Questo principio dell'ipotensione da me enunciato nel 1912 ha trovato nelle originali meritorie ricerche di fisio-patologia

(1) Milano, 15 maggio 1935, XIII. Seduta straordinaria della Soc. Lomb. di Medicina, nel calendario degli scambi culturali italo-francesi.

polmonare del prof. Parodi, ulteriori, ampi sviluppi e felici precisazioni.

Quanto al suo *meccanismo d'azione* è pacifico che esso stà nell'abbassamento della tensione elastica del polmone per modo che nelle oscillazioni respiratorie la distensione polmonare è minore ed il parenchima viene per tal modo risparmiato.

Nell'analisi ulteriore invece esiste qualche divergenza fra me ed il radiologo prof. Epifanio da un lato, ed il prof. Parodi dall'altro. Non intendo oggi addentrarmi in questa difficile materia che è opinabile per la delicatezza e difficoltà delle tecniche e sulla quale abbiamo in corso ulteriori ricerche, per esempio radio-chimografiche, ma nemmeno queste decisive. Il dott. Tobè d'altronde ha forse trovato modo di conciliare le opposte vedute. Comunque il prof. Parodi ha il grande merito di aver introdotto in questo studio un elemento importante e non trascurabile il *peso del polmone*, del quale nessuno sin'ora aveva tenuto conto. Per la parte che mi riguarda vorrei solo sgombrare il terreno da un preconcetto e da un malinteso: io non ho mai pensato che il pneumo controlaterale potesse agire per *compressione* del polmone malato, ma unicamente per *detensione* dello stesso.

Circa le *indicazioni* si può dire, in linea generale, che esse sono qualitativamente le stesse che per l'omolaterale (le lesioni alte e recenti essudative sono le più indicate), però quantitativamente più limitate. I casi nei quali il procedimento è indicato purtroppo non fanno difetto. Accenno di sfuggita ad una indicazione finora non messa in pratica, cioè alla correzione dei pneumi omolaterali « cattivi » (fra i quali figurano non pochi costituiti mercè una « *perlustrazione* » *dell'emitorace* malato propugnata dal mio aiuto professor Serio); finora i pneumi « cattivi » sono stati abbandonati e sostituiti da plastiche; invece sarà da vedere caso per caso se il controlaterale vada associato o senz'altro sostituito al « cattivo » pneumo.

Vi sono poi tutti i casi (e sono molti) nei quali le condizioni generali o quelle controlaterali o l'evolutività del processo non consentono una plastica; in essi il controlaterale potrà sostituirla o condurre ad una stabilizzazione che consenta più tardi l'intervento.

Rispetto ai *risultati* nulla da aggiungere. Essi sono di tre tipi diversi: 1) *lenti e tardivi*, analoghi all'azione lenta e tardiva del pneumo comune sulle lesioni del polmone opposto; 2) *pronti e solleciti* ed anche *immediati* del tutto analoghi a quelli del pneumo omolaterale e 3) *nulli* (28 %); in parte di questi casi il mancato successo è da riferirsi esclusivamente alla rigidità del mediastino. Il risultato pur avendo il pneumo controlaterale la propria indicazione d'elezione come dicevamo nelle forme alte, recenti ed essudative è solo in parte prevedibile: il solo esperimento clinico è decisivo. D'altronde *nulla si perde in simili tentativi*, in quanto il pneumo controlaterale *garantisce nell'intervallo contro possibili disseminazioni controlaterali.*

* * *

Sono assai dolente di non aver potuto essere presente ierl'altro alla conferenza del professor Maurer: certo le procedure chirurgiche hanno raggiunto un grado di sviluppo e di perfezione che lascia ammirato chi ne ha seguito passo passo la formidabile impressionante ascesa.

Tuttavia le plastiche, anche quelle parziali e modellatrici, sono interventi a reliquati di minorazioni e mutilazioni definitive. È in questo terreno, se mi è lecito dare uno sguardo all'avvenire, che io scorgo le prossime tappe e i prossimi progressi della collassoterapia: cioè nella concorrenza che il pneumotorace controlaterale, come intervento a sè stante o completato da interventi sussidiari quali l'exeresi, la scalenotomia, l'apicolisi, la alcoolizzazione intercostale, le plastiche locali di una o due costole farà alle plastiche totali o parziali. Ed è compito delle indagini di domani definire con possibile precisione le indicazioni di questi vari interventi.

Comunque possiamo in definitiva affermare con intima soddisfazione che se il pneumotorace *bilaterale* simultaneo ha largamente esteso il numero di malati che possono beneficiare della collassoterapia pneumica, il *controlaterale* ora viene a rendere ad essa accessibile un altro contingente non indifferente di casi. Se già ne fanno eloquente testimonianza i lavori di Fichera, Giuffrida, Jacono, Mantoux, Lucacèr, Fernandez, Aliquò, Antinori, Mazzetti, Vaccarezza, Menozzi, Dumarest e Lefèvre, la giornata di oggi con l'elevata ed esauriente discussione svoltasi ed i ricchi contributi offerti dai proff. Tobè, Davy, Fici, Galmozzi, Bettini, Fiori, Carpi, Zoja, Sivrière, ne sancisce l'acquisizione ufficiale alla terapia, così come il diritto di cittadinanza del bilaterale simultaneo è stato consacrato dai Congressi di Bad Pyrmont, Bologna e Wiesbaden.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

Che cosa vuol dire patogenesi traumatico-digestiva dell'ulcera gastrica.

Prof. G. BAGGIO, direttore.

Chi cerca la causa di una malattia si mette un po' nelle condizioni di chi segue delle traccie e vuol raggiungerne l'origine. A tratti le trova marcate, a tratti svaniscono, di tanto in tanto sono confuse con altre; se anche mancano in certi luoghi, non possono riprendere più in là che in direzione unica, se mancano in altri, le possibili direzioni sono molteplici. In determinate tappe si vorrebbe dire di sentirsi sicuri che si è sulla via buona, ma poichè l'incertezza di giungere c'è sempre, bisogna tenere gli occhi aperti a tutti i segni che possono avere significato contrario.

Quando io mi sono permesso di scrivere che l'ulcera gastrica o duodenale risponde ad una patogenesi traumatico-digestiva, avevo appunto la sensazione di essere giunto a quella tappa di cammino dalla quale si potesse dire: fin qui ci siamo, dove si debba procedere ora per dimostrarne intera la causa, vedremo. E tale sensazione l'ho ancora. Ma so bene le difficoltà dell'argomento e perciò mi studio di prestare attenzione a tutto quanto possa confermare o contrastare le mie convinzioni. Analizzo, naturalmente, anche quelli che sono indirizzi diversi (chè la verità potrebbe essere da altra parte), ma sovrattutto mi interesso di ciò che possa togliere valore agli argomenti miei; per ricredermi e cercare in altro modo se mi persuado, per togliere di mezzo eventuali confusioni in caso contrario. E mi vado proprio persuadendo che negli eventuali disaccordi bisogna tener conto assai più di ciò che è errata interpretazione del già detto, che di ciò che suoni nuovo argomento contrario.

Con la denominazione: patogenesi traumatico-digestiva dell'ulcera gastrica intendo dire: meccanismo di origine dell'ulcera per il quale essa risponde ad azione secretiva e ad azione motoria dello stomaco: la prima consistente nella corrosione determinata dal succo gastrico che digerisce, la seconda consistente nell'urto che i cibi sospinti dalla contrazione della parete gastrica esercitano sulle parti di stomaco che anatomicamente e fisiologicamente sono destinate a maggiormente subirlo.

Con ciò ho inteso di dire proprio quel minimo che è indispensabile per segnare una tappa: cioè per attenersi a elementi sicuri. Che sia certa l'azione corrosiva del succo gastrico nel produrre l'ulcera lo dice il fatto che le ulceri non si producono in achilia. Che vi abbia parte il fattore motorio traumatico lo dice la sede dell'ulcera e lo dicono gli esperimenti condotti in modo da provarlo. E non ho detto cosa vecchia, perchè, era nota sì, non dico l'azione corrosiva del succo gastrico, ma pure l'azione traumatica degli ingesti: ma per l'una s'invocavano prevalentemente, se non esclusivamente, condizioni di particolari acidità, che non risultano necessarie, e per l'altra si ammetteva che il trauma si manifestasse soltanto come cronicizzatore di un'ulcera già insorta acutamente per altra ragione, mentre si palesa invece come generatore dell'ulcera stessa.

Segnata questa tappa, non si è risolto affatto il problema dell'origine dell'ulcera, ma lo si è semplificato di molto, perchè il meccanismo di produzione della malattia (patogenesi) viene a trovarsi tutto circoscritto allo stomaco, dove etiologia e patogenesi si compenetrano e si confondono, e perchè, allo scopo di identificarne il movente primo, si richiede soltanto che siano stabilite le cause capaci di mutare la *funzione* o il prodotto della funzione dello stomaco: quindi vengono messe da parte le altre cause che hanno invece attinenza alla compagine anatomica dello stomaco stesso, quali possono essere le sue condizioni *circolatorie* o *neurotrofiche*, o che riguardano *azioni estrinseche*, come le batteriche e tutte le altre che si limitano a scontinuare o comunque ledere la normale integrità dei tessuti dello stomaco indipendentemente dal suo contegno funzionale.

La funzione dello stomaco è regolata dal sistema nervoso vegetativo, che a sua volta risente influenze cerebrali e influenze ormoniche e che rappresenta il substrato forse più appariscente delle individualità costituzionali, identificabili, tra l'altro, attraverso composizioni e sensibilità biochimiche. Per il fatto che negli ulcerosi gastrici si trovano comunemente queste composizioni e queste sensibilità orientate e manifeste in una determinata maniera, s'intende spesso dire e si legge che l'ulcera gastrica è un'affezione costituzionale, cioè dell'organismo, non dello stomaco. In

questa affermazione c'è una parte di verità e c'è un intero errore. C'è quella parte di verità (la cui misura non saprei precisare) che risponde al concetto sovra esposto delle relazioni tra costituzione dell'organismo e funzione dello stomaco, ma non c'è quell'altra secondo la quale dovrebbe risultare invece che la funzione gastrica può essere alterata anche per cause estranee alla costituzione e che, se anche trovano il terreno da questa preparato, dimostrano di agire principalmente per tutta influenza propria, essendosi l'organismo, prima del loro insorgere, comportato in maniera da non dare segno alcuno, nonchè di ulcera, nemmeno di sofferenza gastrica: per es. un notevole affaticamento intellettuale o prolungate particolari condizioni psichiche (leggi Schiassi B.), e il momento stesso di evoluzione dell'organismo, che non aveva dato segni di costituzione ulcerosa prima e li perde dopo. E c'è l'intero errore di dimenticare che, all'infuori del campo d'azione dello stomaco, l'ulcera non si produce.

Quando poi a questa affermazione si obbietta che pure dopo una resezione gastrica può insorgere l'ulcera nell'intestino (che è pur sempre l'intestino congiunto allo stomaco, cioè sottoposto direttamente alla residua azione di questo) o, tanto più, quando si prendono ad una stregua unica le eventuali nuove manifestazioni ulcerose consecutive a resezione e a gastro-entero-stomia, si commette l'altro fondamentale errore di non considerare quanto e in che maniera la funzione gastrica venga ad essere modificata in seguito all'una o all'altra operazione, ognuna delle quali crea un nuovo ambiente funzionale: e cioè, non si distingue fra una resezione limitata ed una resezione estesa, della quale non può essere precisato il limite minimo perchè subordinato all'entità del disordine funzionale che la richiede e che perciò, volendo dire della sua efficacia, io ho spinto ai termini massimi di « asportazione dello stomaco »; e non si distingue fra ricongiunzione dello stomaco all'intestino in un modo e ricongiunzione in un altro: quasi che fosse indifferente, agli effetti del chimismo gastrico, eseguire un'anastomosi con ansa digiunale continua, per la quale tutti i liquidi epato-pancreatico-duodenali si versano nello stomaco e raggiungono quindi forzatamente la bocca di comunicazione assieme al succo gastrico che ne sarà certamente più o meno modificato, ed eseguire invece un'anastomosi ad y o seguita da anastomosi fra loro dei due rami dell'ansa anastomizzata allo stomaco, per le quali quei liquidi epato-pancreatico-duodenali giungono nell'intestino, invece che nello stomaco, e la bocca anastomotica possono raggiungerla soltanto per rigurgito e quindi soltanto in parte, se pure la raggiungono, e non avranno perciò modo di modificare il succo gastrico, come nell'altro caso, permettendo che il digiuno sia sottoposto all'azione diretta di questo succo in condizioni ben diverse dalle fisiologiche per le quali la mescolanza avviene poco al di là del piloro; o quasi che fosse eguale, agli effetti del trauma *ab ingestis* sull'intestino, aprire una breccia di comunicazione fra l'intero estremo terminale dello stomaco da una parte e la parete laterale dell'intestino dall'altra (anastomosi termino-laterale) e aprirla invece fra estremo circolare dello stomaco ed estremo circolare del duodeno: la prima indubbiamente ampia e cedevole quanto lo è il lume dell'intestino lasciato alla sua normale distendibilità, la seconda limitata o poco o molto dalla cicatrice altrettanto circolare che involge l'estremo comunicante.

Quando si vuol parlare di ulcera gastrica malattia costituzionale, si dovrebbe dire — pare a me — malattia *gastrica* di natura costituzionale, e non sottrarla allo stomaco per riportarla alla costituzione.

La determinata costituzione che in un organismo dà un'ulcera gastrica, in un altro può dare una colite; cioè: nell'ambiente gastrico i danni prodotti da quel disordine costituzionale si manifestano sotto forma di ulcera, nel colon si manifestano in quella particolare forma che s'intende per colite catarrale o muco-membranosa semplice. Un ulceroso può essere guarito dell'ulcera e diventare un colitico, se già non lo era prima. Il viscere è dunque il *quid* che dà caratteristica alla morbosa manifestazione costituzionale: come dire allora che la malattia non è di esso? A chi cerca ed osserva, ciò che scrivo risulta dimostrato in via diretta e per analogia da molte constatazioni, non più soltanto sperimentali ma pure cliniche.

Proprio in questi giorni leggevo su « La Clinica Chirurgica » (1935, f. 3) il seguente riassunto:

JAEGER. *Tumori benigni dello stomaco ed ulcus pepticum*. (Zbl. f. Ch., 1934, n. 49). « L'A. comunica un caso di tumore benigno dello stomaco sulla cui sommità si era sviluppata un'ulcera. Tale specie di tumori possono provocare disturbi non solo dipendenti dalla loro localizzazione, ma dalla possibilità che su essi venga a prodursi un'ulcerazione. L'A. cenna ai reperti istologici dei tumori benigni

ed alla possibilità che a base etiologica dell'ulcera, siano le ripetute emorragie della mucosa gastrica ». Padronissimo l'A. di spiegare così l'etiologia dell'ulcera. Ma noi, rilevando che l'ulcera era sulla sommità del tumore, non possiamo non segnare la analogia di questa sede sulla parete estrema del tumore, cioè sulla parte di esso che più era esposta all'azione traumatica della colonna dei cibi, con quella della malattia primaria sulla piccola curvatura e al piloro, sui quali la detta colonna pure striscia più fortemente che su altre regioni dello stomaco.

E poichè le emorragie dello stomaco insorgono per varie cause su tutti i punti dello stomaco, e su tutti si possono sperimentalmente produrre, e invece soltanto sulla piccola curvatura e sul piloro si formano di abitudine le ulceri, diamo importanza, per la genesi dell'ulcera, al trauma colonna degli ingesti e trascuriamo l'emorragia: che nel caso del tumore benigno dello stomaco non ha poi ragione di essere invocata se non in quanto sia prodotta dall'ambiente gastrico e non da quello tumorale.

E ben lo sanno i chirurgi che resecano, i quali vedono finire la così detta malattia ulcerosa quando abbiano resecato più in là di prima e quando abbiano ricongiunto in un modo piuttosto che in un altro.

Le considerazioni antecedenti sono di indole scientifica e sono ben note a chi studia il problema genetico dell'ulcera gastrica. L'ultima considerazione invece trae origine da quelle e a quelle riporta conforto di dimostrazione, ma è essenzialmente di indole pratica: cioè va a finire a quel punto al quale il malato chiede che noi traiamo conclusioni dalle nostre dispute per guarirlo.

Contribuire quindi a nozioni dottrinarie che tornano utili al malato equivale a compiere opera non più soltanto scientifica ma eminentemente pratica: perciò sarà giustificato che io — fino a prova contraria — sugli esposti concetti insista ad oltranza, quando si tratta di diffonderli tra i pratici: anche se i fatti dimostrano che — a parte il malato — essi giovano assai più a chi li coglie che a chi li lancia.

RIASSUNTO.

L'A. ribadisce la ragionevolezza del concetto esposto nel titolo, spiegandola sovrattutto in riguardo ai punti di contatto con la costituzione individuale e alle esigenze della pratica chirurgica.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA
Direttore inc.: prof. L. PUCCIONI

Contributo allo studio delle dermatiti da medicamento.

Dott. ENZO MARCONI.

C. A., di anni 32, di professione massaia da Modena, coniugata.

Nulla di interessante all'anamnesi ereditaria.

Il padre morì a 45 anni per neoplasma gastrico; la madre che morì a 59 anni per paralisi cardiaca ebbe dieci gravidanze a termine: sette dei figli morirono in tenera età per forme non ben precisate, gli altri tre sono viventi e, pare, sani.

La paziente soffrì nell'infanzia di morbillo. Normali furono i primi atti fisiologici. Non ebbe rachitismo.

Le mestruazioni, iniziatesi a 15 anni, furono sempre regolari per ciclo, quantità e durata, indolori.

Sposatasi nel novembre 1922 con uomo apparentemente sano, ebbe quattro gravidanze delle quali la prima abortiva al terzo mese nel 1923; la seconda nel 1924 giunse a termine e si concluse con un parto normale ed un puerperio fisiologico. La terza nel 1926 si interruppe in epoca abortiva; la quarta nel 1929 giunse a termine ma fu necessario un taglio cesareo (la paziente aveva un bacino totalmente e regolarmente ristretto; il feto pesava gr. 4000); il puerperio decorse normalmente.

Il 22 marzo 1933 la paziente entrava in clinica gravida a termine ed in travaglio di parto.

Riconosciuta l'urgente necessità di un nuovo taglio cesareo e non avendo il tempo necessario per far prendere alla paziente un bagno, ci si accontentò di farle pulire accuratamente il ventre e la radice delle coscie con batuffoli di cotone intrisi in benzina; il liquido veniva a scolare lungo i fianchi della donna ed a raccogliersi su una tela cerata su cui la paziente era distesa.

Si procedette poi all'intervento previa disinfezione della pelle con una soluzione al 2 % di alcool picrico.

L'intervento, eseguito in anestesia lombare novocainica, consistette in taglio cesareo trans-peritoneale sul segmento inferiore e sterilizzazione tubarica.

I primi giorni dopo l'intervento decorsero regolarmente.

La paziente aveva addome trattabile, alvo libero, urinava sempre spontaneamente. L'utero si riduceva ottimamente e modica era la perdita ematica dai genitali.

Improvvisamente in sesta giornata comparvero sulle natiche ed ai lombi zone disseminate eritematose intensamente pruriginose.

Nessun rialzo termico. Nessun elemento patologico comparve nelle urine che rimasero normali fino a completa guarigione.

In 7ª giornata le chiazze eritematose si estendevano anche all'addome ed alle coscie mentre nelle regioni sulle quali l'arrossamento era iniziato compariva un vero eritema papuloso diffuso su cui si elevava qua e là qualche pomfo.

L'eritema assai intenso e con margini nettamente rilevati copriva ora le regioni superiori e inferiori dell'addome e le radici delle coscie. Partivano da esso striscie eritematose rilevate sul resto della cute che a guisa di digitazioni contornavano in numero di 3-4 per lato i fianchi per sfociare nell'eritema che colpiva i lombi e dove i pomfi erano assai più numerosi che non anteriormente.

In 8ª giornata sembrava la dermatite accennasse a regredire, i pomfi erano in parte scomparsi e si

La trasformazione delle vescicole in pustole andò procedendo in altre zone mentre nuove vescicole continuavano a sorgere.

Tali pustole nei giorni seguenti si ruppero spontaneamente lasciando vaste zone disepitalizzate disseminate su tutto il tronco, sulla faccia ed ai 2/3 superiori delle coscie.

La temperatura ebbe un successivo aumento in 11ª giornata (38°,5) per poi discendere e mantenersi intorno a 37°,5 fino a guarigione.

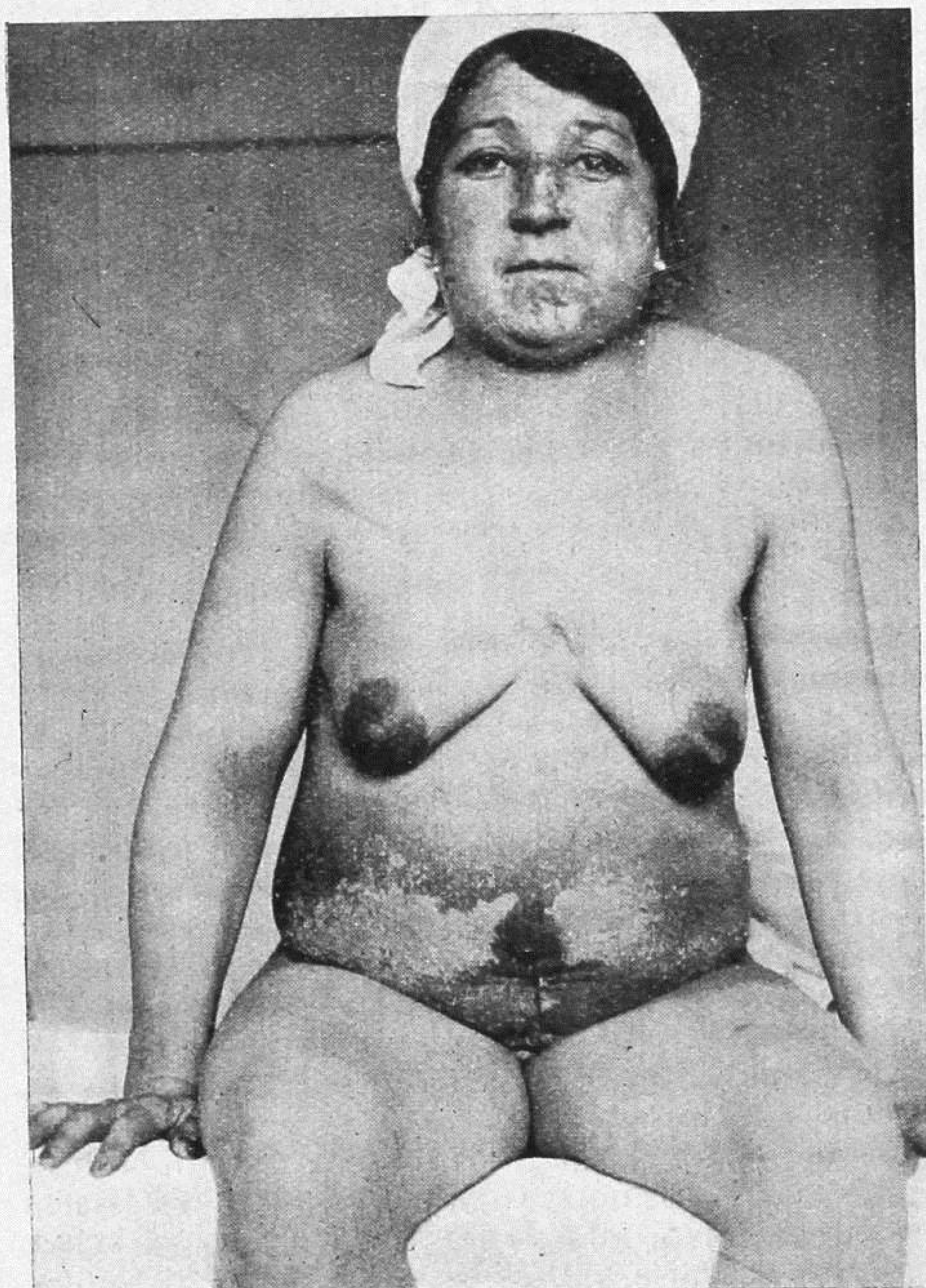


FIG. 1.

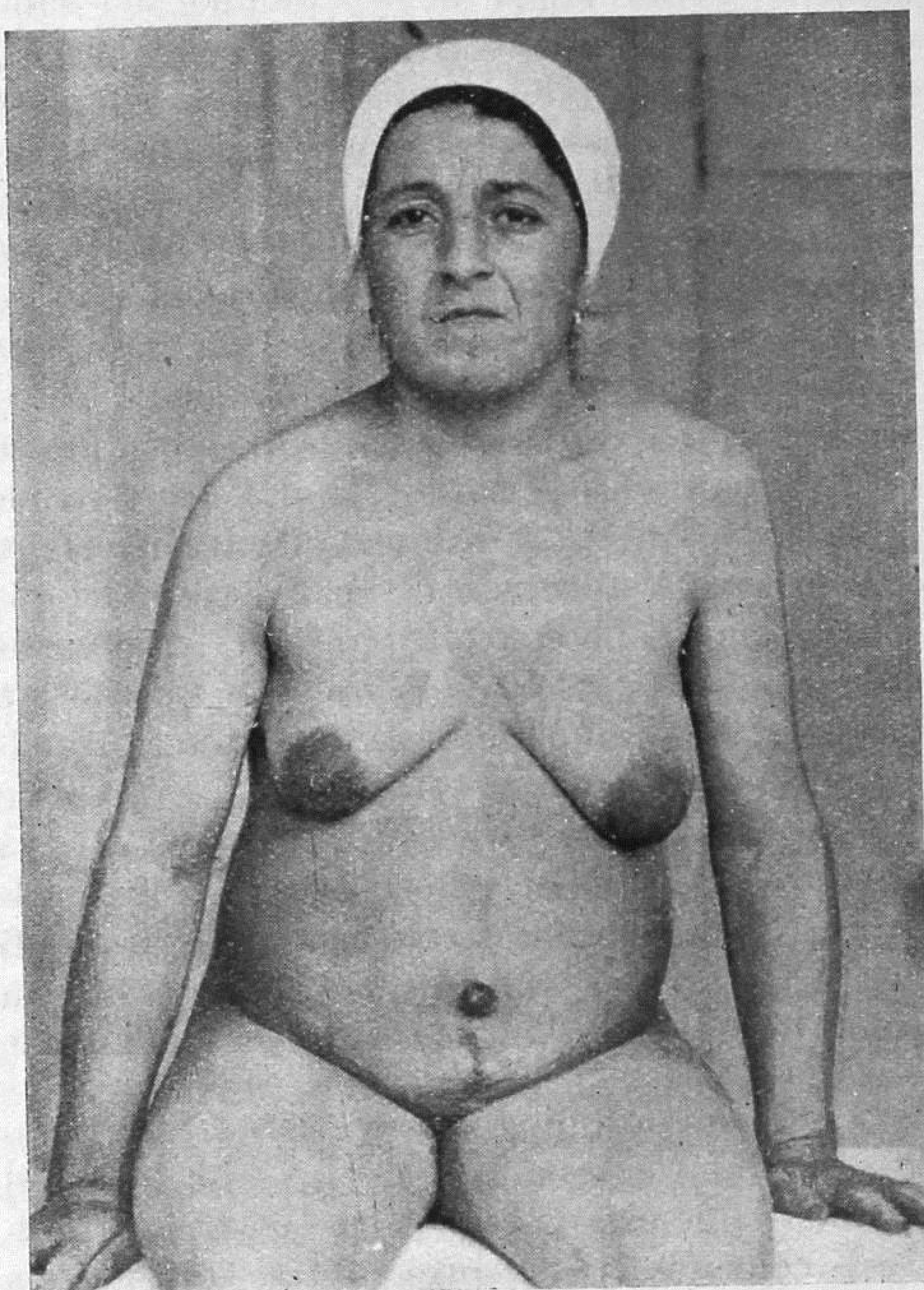


FIG. 2.

notava solo al posto di taluno di essi la presenza di qualche vescicola.

Si toglievano i punti e la cicatrizzazione risultava perfetta.

In 9ª giornata l'eritema apparve esteso a tutto il tronco comprendendo una zona limitata anteriormente da una linea che dividesse i 2/3 inferiori dal 3° superiore delle coscie e superiormente da una linea che percorresse il margine superiore delle clavicole e l'estremità superiore dello sterno.

Posteriormente era invasa tutta la schiena.

Contemporaneamente si notava che le vescicole comparse nei giorni precedenti apparivano ripiene di un liquido purulento mentre altre e numerose vescicole ripiene di liquido sieroso erano apparse nelle zone invase secondariamente dall'eritema.

Ai genitali esterni appariva improvvisamente cospicuo edema; si aveva anche lieve rialzo termico (37°,9).

Nei giorni seguenti (10ª e 11ª giornata) l'eritema invase anche il collo e la faccia e giunse inferiormente fino al limite fra i 2/3 superiori ed il 3° inferiore delle coscie.

In 12ª e 13ª giornata si ebbe l'acme della malattia, la faccia si tumefece in modo impressionante. L'edema palpebrale era cospicuo al punto da rendere la donna irriconoscibile ed assolutamente incapace di aprire gli occhi.

L'eritema invase anche le braccia mostrandosi più intenso dal lato flessorio ma non oltrepassando mai la piega del gomito.

(La fig. 1 può dare un'idea dell'aspetto della paziente).

In 14ª giornata si ebbe una notevole diminuzione dell'edema sia palpebrale che genitale.

Contemporaneamente l'eritema abbandonò le braccia e le regioni sopra e sotto clavicolari mentre la pelle si veniva abbondantemente desquamando.

In 15ª giornata l'eritema scompariva da tutto il torace, dalle coscie e dalle regioni superiori della schiena. Permanevano chiazze disepitalizzate nei punti dove prima erano le pustole.

In 16ª giornata l'eritema e l'edema scomparivano del tutto.

Procedeva rapidamente la desquamazione su tutto il tronco e sulla faccia. Le chiazze di dise-

pitelizzazione si coprivano di croste ematico-purulente che in 17ª e 18ª giornata cadevano spontaneamente.

La paziente veniva dimessa in 23ª giornata dall'operazione, completamente guarita, non esistendo più alcun fatto eritematoso nè di piodermite, permanendo solo desquamazione di qualche zona di pelle.

La cura consistette fin dalla comparsa dell'eritema in applicazioni di linimento oleo-calcare: le chiazze di piodermite furono medicate con Antipiol prima, poi con aspersioni di polveri essicanti.

Due sostanze, la benzina e l'alcool picrico, imputate entrambe di dar luogo a dermatiti da medicamento erano state applicate sulla cute dell'addome della paziente.

Ma il dubbio che poteva insorgere in un primo tempo cadeva poi di fronte all'attenta osservazione sia del modo e del luogo d'insorgenza, sia del decorso della forma descritta.

L'alcool picrico era stato applicato con batuffolo di garza su una zona nettamente delimitata che comprendeva i quadranti superiori ed inferiori dell'addome e che conservava una tinta gialla anche al momento della prima insorgenza dell'eritema.

Col batuffolo imbibito di benzina si era soffregato invece su una zona ben più vasta e si era notato subito che il liquido scolava lungo i fianchi per raccogliersi sotto la schiena della donna; il contatto colla benzina fu così più prolungato alla schiena che non all'addome.

Ora, come già dissi, l'eritema insorse precisamente ai lombi e sulle natiche e quando invase l'addome colpì una zona che corrispondeva non a quella che era stata colorata con alcool picrico ma a quella che era stata soffregata con la benzina, o dove la benzina era passata o si era soffermata.

Un altro carattere distintivo è dato dal fatto che l'acido picrico può dare luogo a fenomeni tossici se applicato su zone di cute denudate dall'epidermide ed in questo caso si hanno i segni di una compartecipazione del rene e la comparsa in seconda o terza giornata di un'eczema acuto in corrispondenza dei tratti su cui venne fatta l'applicazione (Gougerot e Arnaudet. Grange. Mallopeau e Viellard).

Nel nostro caso invece si ebbe una sintomatologia assai diversa; l'eruzione comparsa sei giorni dall'applicazione della sostanza si generalizzò ben presto a tutto il corpo; e mentre così imponente era il quadro dermatologico si può dire che per il resto la paziente non abbia avuto nessun danno, i reni funzionarono sempre ottimamente e si ebbe solo un lieve rialzo termico che durò pochissimi giorni.

Se per alcuni elementi però il caso descritto si avvicina a quelli studiati da altri AA., per due dati se ne stacca totalmente: per il tardo insorgere dell'eritema e per il decorso a poussées susseguentisi.

Come si è detto infatti la dermatite, insorta in 6ª giornata ebbe un notevole miglioramento in 8ª per riapparire sotto forma assai più grave nella 9ª.

Ora è facile osservare nelle dermatiti da medicamento delle recidive, ma non delle poussées subentranti nel giro di qualche giorno.

Nella stragrande maggioranza dei casi si osserva anzi un eritema polimorfo che raggiunto il suo acme si avvia alla guarigione senza accenno a poussée, nè poi dopo la scomparsa tende a recidivare.

Un caso tipico di dermatite da medicamento avemmo occasione di osservare in clinica alcuni mesi fa.

Si trattava di una paziente, nubile, di anni 37 da Modena di professione massaia.

Nulla di notevole rivelava la anamnesi ereditaria.

La paziente aveva avuto tifo a 30 anni.

Mestruata la prima volta a 14 anni ebbe sempre ciclo di circa 23 giorni; regolare il flusso per durata e quantità.

La paziente si presentava alla clinica per farsi curare di un prolasso utero-vaginale che da qualche anno le si era istituito e che ora era così grave da impedirle di accudire alla sua occupazione.

Normali all'esame obbiettivo si riscontravano gli apparati respiratorio e circolatorio.

Nulla di patologico rivelavano le ricerche di laboratorio eseguite sul sangue e sulle urine della paziente.

Operata di ventrofissazione dell'utero e di plastica vaginale posteriore, la medicazione della ferita laparotomica veniva fissata mediante striscie di cerotto adesivo.

Il 5º giorno dopo l'intervento l'ammalata presentava un'eruzione a tipo papulo-eritematoso diffusa a tutto l'addome, alla faccia interna delle coscie nel loro terzo superiore, alla vulva, alle natiche.

Tolta la medicazione si notava che l'eruzione aveva il suo massimo d'intensità dove era stato applicato il cerotto adesivo.

Il giorno seguente l'eruzione era più accentuata e diffusa ed il 7º giorno guadagnava nuovi tratti di cute alla regione lombare ed assumeva nei punti che erano stati coperti dal cerotto adesivo un aspetto vescicolare.

In 8ª giornata l'eruzione si diffondeva a tutto il torace ed al collo. La paziente si lagnava di intenso prurito.

Tale stato si mantiene per qualche giorno finchè accennò a regredire in 14ª giornata con la scomparsa dell'eruzione dal collo e dalla parte alta del torace mentre andava desquamando sul tronco e sulle coscie.

In 20ª giornata la forma cutanea era assai migliorata; permaneva ancora intenso prurito.

La paziente veniva dimessa un mese dopo l'intervento in fase di desquamazione senza che mai si fosse osservato un accenno di recrudescenza della forma eritematosa.

Sotto l'epidermide desquamata si notava dovunque il nuovo tessuto corneo di riparazione.

Un rialzo termico accompagnò l'acme della forma cutanea.

Nelle urine non si rivelò mai presenza di albumina.

Rivista occasionalmente dopo qualche tempo, la paziente riferì che caduti in breve i tratti di cute desquammata, le era scomparso il prurito e non aveva più notato manifestazioni eritematose.

Per cercare di renderci ragione dell'inconsueto comportamento dell'esantema e della conseguente dermatite nel 1° caso, vogliamo prendere in considerazione brevemente il decorso di quegli eritemi che più frequentemente capitano sotto la nostra osservazione: quelli da malattie esantematiche e quelli da raggi X.

Nel morbillo, secondo il Bendix, non si osserva mai il ripetersi dell'esantema dopo la fine della curva normale. Nella scarlattina non è raro il caso di un secondo esantema il quale si ha però qualche tempo dopo la scomparsa del primo e che viene considerato in genere quale sintomo di un altro complesso morboso (seconda malattia del Pirquet).

Rare sono le recidive dell'esantema nella 4ª e 5ª malattia.

Particolarmente interessante è invece il decorso dell'eritema da raggi X.

Qui noi osserviamo un periodo di latenza di alcuni giorni durante i quali la cute ad un esame superficiale non appare modificata. Inizia poi l'eritema il quale diventa sempre più intenso e nel giro di qualche giorno lentamente scompare.

Un secondo eritema appare dopo qualche giorno al quale segue più tardi un terzo.

Si hanno perciò tre ondate di arrossamento che si susseguono con ritmo vario da caso a caso dipendente più da fattori individuali che dall'intensità della dose somministrata.

Ma non sempre le tre ondate si susseguono distanziate l'una dall'altra in modo da rendere agevole l'osservazione.

Nelle reazioni deboli possono mancare una o più ondate ed in quelle forti si può avere anche la confluenza di due o di tutte e tre le onde di arrossamento.

Pare accertato però che la seconda e la terza ondata non sono da considerarsi come recidive. Secondo il Mischer ogni onda è l'espressione di una particolare lesione ed ha un suo periodo di latenza che va dall'irradiazione all'iniziarsi dell'onda stessa.

L'analogia che il decorso del nostro caso presenta col comportamento dell'eritema da raggi, induce a credere che anche le lesioni della cute siano state analoghe.

Quale sia la patogenesi dell'eritema da raggi è ormai noto. È opinione generale tra gli studiosi che questo eritema non sia che l'effetto di un'azione paralizzante della radiazione sui nervi dei vasi cutanei. Si avrebbe in seguito sul terreno di una lesione degenerativa, forse dei fibroblasti e del connettivo della cute, una vera infiammazione reattiva.

È certo che il fattore angioneurotico è accompagnato assai presto da fatti degenerativi ed infiammatori. Così secondo Scheltz dopo un giorno dall'irradiazione si ha perdita della nettezza dei contorni ed aumentata colorabilità del protoplasma delle cellule dell'epidermide.

Rost dopo qualche giorno notò tumefazione, vacuolizzazione e picnosi di molti nuclei dell'epitelio. Osservò inoltre infiltrati perivascolari nella cute e tumefazione di cellule endoteliali e di fibroblasti.

Note infiammatorie furono riscontrate da Mischer già un giorno dopo l'irradiazione.

***

Tanto il Foà che il Valenti son d'accordo nell'ammettere che le sostanze solubili nelle lipine e capaci di sciogliere i grassi possono attraversare lo strato malpighiano e permettere così anche l'assorbimento di sostanze chimiche sciolte in esse.

La benzina sarebbe perciò passata nel nostro caso attraverso la cute intatta ed avrebbe prodotto, durante il periodo di latenza, quelle modificazioni che diedero luogo in secondo tempo alla dermatite.

Quali siano state queste modificazioni non è agevole precisare.

Alcuni AA. parlano di veri riflessi midollari ed assonici (Valenti), altri, tra i quali Ebbeke, Lewis e la sua scuola credono che stimoli chimici sulla cute provochino la produzione di sostanze istamino-simili ad azione elettiva paralizzante dei capillari.

Se pensiamo inoltre allo stato di equilibrio instabile o di morbilità latente in cui secondo il Pomini si trova la cute delle gravide, alla sua accentuata reattività agli stimoli pomfogeni (Merlino) forse proprio per la più facile produzione di istamina nell'organismo in istato di gravidanza, possiamo accettare, a mio avviso, almeno per il nostro caso, l'ipotesi di Ebbeke e Lewis.

L'azione angioneurotica paralizzante dell'istamina, l'accresciuta permeabilità dell'endotelio vasale dovuta all'azione stessa della benzina come di altre sostanze liposolubili (Valenti) avrebbe permesso in secondo tempo il trasporto a distanza di quelle « reagine » che secondo Lehner e Rajka si formano in tutte le dermatiti da medicamento e la cui sede eletti-

va è, secondo il Truffi, il derma superficiale e l'intima vasale; ad esse si dovrebbe imputare la seconda *poussée* e la generalizzazione del processo alla cute di tutto il corpo.

Non bastano però queste alterazioni per spiegare tutta la fenomenologia osservata. Ben presto, come nel caso dell'eritema da raggi X, alle lesioni angioneurotiche si son sovrapposti certo fatti infiammatori facilitati ed aggravati qui dalla presenza della stanza estranea.

Che poi sulla cute eritematosa ed infiammata si siano avuti fatti di piodermite non meraviglia.

Le figure 1ª e 2ª, che rappresentano la nostra paziente l'acme e dopo la scomparsa della dermatite, possono dare un'idea dell'imponenza del quadro morboso descritto che pur non presentò mai caratteri di particolare gravità.

RIASSUNTO.

L'A. descrive due casi di dermatite da medicamento e ne discute la probabile etiopatogenesi.

BIBLIOGRAFIA.

1) Cruiekshant et Chowdry. *Petrol dermatitis (benzine)*. Indian. M. Gaz., 65, 324, 1930.
2) Daubresse, Morelle et Leduc, Staquet. *Dermatose provoquée par le gaz oil (benzine)*. Ann. inst. chir. de Bruxelles, 32, 101, 1931.
3) Gougerot et Arnaudet. *Eczema medicamenteux externe dû à l'acide picrique. Sensibilisation.* Bull. soc. franç. dermat. et syph., nov. 1929, pag. 1037.
4) Des Grange. *Des éruptions eczemateuses determinées par l'acide picrique.* Thèse de Paris, 1877.
5) Hallopeau et Viellard. *Sur une dermite vesiculeuse provoquée par la solution d'acide picrique.* Bull. Soc. franç. derm., 1903, p. 240.
6) Id. Id. *Sur une dermite vesiculeuse provoquée par la solution d'acide picrique.* Bull. soc. franç. derm., 1903, p. 503.
7) Jackson N. R. *Dermatitis from picric acid solution and butesin picrate ointment.* Arch. Dermat. et syph., 21, 40-41, janv. 1930.
8) Lasareff. *Ueber die Durchlässigkeit der Haut für Benzin und Benzol.* Arch. f. Hyg., 106, 112, 1931.
9) Le Noir et Claude. *Sur un cas de purpura attribué à l'intoxication per la benzine.* Bull. et mém. Soc. méd. hôp. de Paris, 1897, 3ª, XIV, pag. 1251.
10) Miscker G. *Das Röntgenerithem.* Strahlentherapie, vol. XVI, 1924, pag. 333.
11) Simonin. *Intoxication par injestion accidentelle de benzine.* Bull. et mém. Soc. méd. Hôp. de Paris, 1903, 3ª, XX, pag. 199.
12) Thibierg. *Eruptions medicament.*, in *Pratique dermatologique.* Masson, Paris.
13) Tzanck, Sidi et Boursat. Gazette médicale de France, 1-4-1933.
14) Vineta-Belleserra. *Action de l'acide picrique su la peau étudiée au point de vue médico-légal.* Congrès intern. de dermat. et de syphil. C. R., 1889, Paris, 1890, pag. 921.

PROBLEMI DI BIOLOGIA

Costituzione e fenomeni vitali (in quali giorni si concepisce?)

per il dott. L. Pichezzi (Roma).

L'attitudine, il periodo più adatto alla fecondazione, come la tendenza alla determinazione del sesso, sono fenomeni legati alla costituzione organica individuale, quindi solo lo studio della costituzione ci può dare una spiegazione plausibile dell'essenza reale dei fenomeni.

È stata sempre opinione generale che più o meno tutti i giorni del periodo mestruale fossero fecondi, e che vi fossero dei giorni preferiti e che questi fossero i primi giorni dopo la scomparsa della mestruazione. Tale opinione antichissima è stata in quest'ultimo cinquantennio, avvalorata da un gran numero di statistiche che raccolgono casi di concepimento dopo unica coabitazione; statistiche che mostrano una curva di concepimenti che dal primo giorno del periodo cresce fin verso il 10° giorno, descresce poi sempre più sensibilmente fin verso il 16° giorno, così da mostrare una relativa sterilità dal 18° giorno alla fine del periodo. Durante l'ultima guerra furono fatte moltissime osservazioni, tanto da noi, come in altri paesi; e curve dello stesso tipo risultarono dalle statistiche di concepimento da uniche coabitazioni da parte di militari in breve licenza.

Anche da queste statistiche di guerra, appare evidente una discreta fertilità fin dal primo giorno del periodo, un aumento che va sempre accentuandosi fino all'8° giorno, e poi una diminuzione fino al 16° giorno. Dopo il 18° fino alla fine del periodo, la fertilità se non è abolita, si addimostra molto scarsa.

In quest'ultimo quinquennio, contro la comune credenza, secondo cui la massima concettività corrisponde nella prima settimana che segue la mestruazione, sono comparsi lavori tendenti non solo a spostare tale periodo più oltre, ma ciò che più interessa, ad affermare fasi di sterilità fisiologica ad epoche fisse per tutte le donne. Fra questi oppositori comparsi nell'ultimo quinquennio vanno annoverati specialmente Ogino e Knaus, i cui studi se non interpretati attraverso il vaglio costituzionalistico, potrebbero sembrare in contrasto stridente, oltre che con le statistiche e gli studi di tutti gli altri AA., anche con i miei lavori, concernenti il problema della determinazione del sesso (1). Il contrasto, ripeto.

è solo apparente, la spiegazione è data dallo studio della costituzione organica individuale, come dirò più ampiamente in appresso.

L'attitudine e il periodo più adatto della fertilità della donna, è legata alla qualità costituzionale di ciascuna; la qualità costituzionale individuale è svariatissima, quindi svariato e distribuito in qualsiasi momento del periodo lo scoppio follicolare. E se le osservazioni di vari AA. portano a raggruppare in periodi differenti i giorni di maturazione follicolare, ciò dipende dal fatto che donne a differente stato costituzionale sono state osservate dai diversi sperimentatori.

Ogino partendo dalle osservazioni di corpi lutei recenti, in stadio di proliferazione, affine di stabilire l'epoca di scoppio del follicolo ammette, che i giorni fertili sarebbero i giorni dal 10° al 17° giorno. Secondo Ogino, i giorni fertili sono quelli nei quali è circoscritto lo scoppio del follicolo.

Knaus da esperienze in animali, dalle quali risulterebbe chiara la durata della funzione del corpo luteo, avrebbe notato che con iniezioni di piccole dosi di pituitrina non si riesce a determinare la contrazione dell'utero, che si determina invece quando manca la presenza del corpo luteo. Tale esperimento sarebbe valido anche per la donna, ed in base ad esso, Knaus riconosce i giorni dello scoppio del follicolo, e quindi i giorni fertili tra l'11° e 17° per il periodo da 28 a 30; fra il 9° ed il 15° per i periodi fra il 26° ed il 28° giorno.

Così Ogino e Knaus arrivano a conclusioni concordi, partendo da punti di vista diversi.

Ma la massima parte degli altri AA. ha trovato dispersioni molto marcate con possibilità di scoppio dei follicoli in tutti i giorni del periodo, anche durante la mestruazione e nella imminenza di essa.

R. Meier (1932) in 12 casi trovò corpi lutei in stato di prolificazione dall'8° al 27° giorno, Gaifami trovò, in 18 casi i follicoli di recente scoppiati dall'8° al 18° giorno; Fraenkel tra il 10° e 26° giorno; Halban dal 7° al 32° giorno. Analogamente più o meno sparsi nel periodo hanno trovato i corpi lutei recenti Villemin, Ruge, Zangemeister ecc.

Molto più interessanti appaiono i miei lavori; i quali alla luce delle moderne conoscenze, ci danno la spiegazione del fenomeno, e la dimostrazione dell'apparente contrasto risultante dalle osservazioni dei vari AA.

Io, interessandomi del problema della determinazione del sesso, potei stabilire, attraverso numerosi esperimenti, che le gravidanze determinate nell'imminenza della mestruazione portano alla determinazione del sesso femminile; e che le gravidanze all'8° giorno della fine della mestruazione, portano alla determinazione del sesso maschile. Ammettendo che la durata media del periodo mestruale si aggiri intorno a 3 giorni, si può ritenere che il giorno atto alla fecondazione per avere maschi, si aggiri intorno all'11° giorno. A tal proposito mi preme far notare, che in tutte le mie pubblicazioni precedenti (2) ho parlato di maturità e di giovinezza degli elementi sessuali, per seguire l'espressione di tutti gli altri AA.; ma in realtà deve intendersi con tale espressione, il periodo più vicino all'inizio della mestruazione (elementi giovani) e periodo più lontano alla mestruazione (elementi maturi). Comunque voglia interpretarsi la mia espressione; la realtà è questa che le gravidanze determinate nell'imminenza della mestruazione portano alla determinazione del sesso femminile; quelle determinante tardivamento, e cioè dopo l'8° giorno dalla fine della mestruazione, portano alla determinazione del sesso maschile. Primo fattore da me indicato nello studio della determinazione del sesso (3). A questo primo fattore aggiungo il *secondo fattore* più interessante del primo nel meccanismo del fenomeno della determinazione del sesso: « La costituzione ».

Io, basandomi sulle norme sopra riferite, ho esperimentato, finora, su circa 200 casi, e i casi sono stati sempre positivi, e oltre modo interessanti, non solo ai fini del problema della determinazione del sesso, ma anche ai fini della conoscenza del problema che riguarda l'epoca più favorevole per il concepimento.

Io, per ottenere il sesso maschile nelle donne da me tenute in esperimento, consigliai unica coabitazione all'8° giorno dalla fine della mestruazione. Ma si badi bene che non sempre, al primo esperimento si ottenne la gravidanza, anzi nel gran numero dei casi, ripetendo l'esperimento anche per più di 12 mesi, non ottenni mai la gravidanza, e solo dopo questi tentativi vani, e sottoponendo a cure atte a modificare lo stato costituzionale della donna; ripetendo l'esperimento, ottenni il concepimento, e il sesso che mi proponevo.

È interessante far notare a tal proposito che le donne da me in esperimento, per avere il maschio (più di 150 casi di cui 3 in famiglia) erano tutte donne che precedentemente all'esperimento avevano avuto quasi tutte ripetute gravidanze, determinatesi spontaneamente, e terminate sempre con la nascita di femmine; che dal punto di vista della costituzione, erano donne marcatamente anaboliche (3ª com-

binazione del De Giovanni); e che nei primi 12 mesi di esperimento con il coito libero all'8° giorno dalla fine della mestruazione mai rimasero incinte, e soltanto rimasero incinte, dopo che furono sottoposte a cure cataboliche tendenti ad accelerare il ricambio. Dopo tali cure, si ebbe lieve modificazione dello stato costituzionale, e quel che più interessa, la fecondazione e la determinazione del sesso maschile.

Gli esperimenti da me eseguiti per aver il sesso femminile sono pochi, soltanto 5, ma nel limitato numero anche essi hanno il loro grande valore. Per avere il sesso femminile, stabilii che il coito libero coincidesse i primi 4 giorni, che precedono l'inizio della mestruazione. In 3 casi dei 5 da me sperimentati, di cui uno in famiglia, il coito libero unico il giorno avanti l'inizio della mestruazione, determinò senza grandi difficoltà la gravidanza, e la nascita di sesso femminile. Le tre donne in esperimento si mostravano dal punto di vista costituzionale marcatamente anaboliche (3ª combinazione del De Giovanni). In altri 2 casi, dei 5 in esperimento, il coito libero il giorno avanti l'inizio della mestruazione, si mostrò oltre modo difficile, per determinare la gravidanza, e i tentativi riuscirono vani per ben 14 mesi. Le due donne in esperimento dal punto di vista costituzionale, erano marcatamente cataboliche (1ª costituzione del De Giovanni) e precedentemente all'esperimento avevano avuto parecchie altre gravidanze spontanee, tutte terminate con la nascita di maschi. Per avere la gravidanza dovetti sottoporre le due donne (dopo 14 mesi, con tentativi tutti riusciti vani), a cure anaboliche, prolungate circa 3 mesi. Le donne con tali cure aumentarono lievemente di peso, e quel che ha grande interesse, le due donne, che per 14 mesi precedenti invano avevano tentato, ripetendo col coito unico il giorno avanti l'inizio della mestruazione, rimasero incinte, e procrearono bambine di sesso femminile.

Tali risultati, dato che essi si sono ripetuti costantemente per circa 200 casi, sono troppo dimostrativi, per dare a noi l'interpretazione più esatta del problema riguardante il periodo della fertilità della donna, e sulla base di essi, noi possiamo affermare che non esistono giorni o periodi fissi per la fecondazione riguardanti tutte le donne; ma vi sono costituzioni varie, che predispongono secondo la varietà costituzione, per la fecondazione più facilmente in una parte del periodo, anzichè in un'altra; e che vi è la possibilità di modificare con cure adatte la costituzione organica individuale, e la possibilità di spostare nella stessa donna, il periodo atto alla fecondazione. Dai miei studi risulta chiaro quanta influenza abbia la qualità costituzionale, non solo sul fenomeno della determinazione del sesso, ma anche sull'attitudine della donna alla fertilità. Da essi si può stabilire, che la costituzione anabolica porta la donna ad una fertilità più facile nell'imminenza e nel periodo vicino alla mestruazione; 1) riguardo alla determinazione del sesso più facilmente al sesso femminile; 2) che la costituzione catabolica invece porta con più facilità la donna alla fertilità in periodo più lontano dalla fine della mestruazione e riguardo alla determinazione del sesso, più facilmente al sesso maschile; 3) che la immensa varietà della costituzione organica individuale, dà la spiegazione della possibilità della vasta distribuzione della maturazione follicolare entro il periodo; inoltre la giustificazione degli apparenti contrasti da parte dei vari osservatori.

Oggi sulla base delle nuove vedute scientifiche, sarebbe interessante ripetere gli esperimenti sulla base degli studi diretti da Ogino e Knaus, contemporaneamente eseguendo uno studio minuziosissimo della qualità costituzionale della donna. Inoltre vedere come si comporta la luteinizzazione della donna, proporzionalmente alla qualità costituzione, e se nella stessa donna possa variare il periodo di scoppio del corpo luteo, proporzionatamente alle variazioni determinate da cure costituzionali.

Intanto è da ritenersi con sicurezza che sono vane le millanterie da parte di Knaus, secondo le quali l'A. sosterrebbe di aver trovato un periodo fisso di sterilità fisiologica eguale per tutte le donne. Il periodo fisso di sterilità fisiologica per tutte le donne non può esistere, perchè non esiste il tipo costituzionale unico in natura. E ciò è bene, perchè in tempo come il nostro, in cui in tutti i paesi le nascite dimostrano uno spaventevole regresso, se fosse vera ed applicabile la teoria di Knaus, si sarebbe trovata la maniera igienica ed etica di distruggere l'umanità.

RIASSUNTO.

L'attitudine e l'epoca più adatta alla fecondazione è legata alla qualità costituzionale della donna.

Nella maggioranza dei casi l'epoca più favorevole alla fertilità corrisponde alla prima decade del periodo; però l'immensa varietà costituzionale dà la possibilità di maturazione follicolare anche in altre epoche del periodo.

L'A. nega l'esistenza di periodi di sterilità fisiologica comune per tutte le donne.

BIBLIOGRAFIA.

1) PICHEZZI LUPO. *Determinazione del sesso a volontà, e costituzione organica individuale.* 38° Congresso della Società di Medicina Interna, Roma, 1932.
2) ID. *Determinazione del sesso a volontà. Importanza dell'età degli elementi sessuali.* Clinica Ostetrica, 1933.
3) ID. *La costituzione e i fenomeni vitali.* Policlinico, Sezione pratica, 1934.
4) ID. *Determinazione del sesso (esperimenti controllati).* Ibid., 1934.

SUNTI E RASSEGNE

RENI E VIE URINARIE.

Morbo di Bright: una rivista della letteratura recente.

(W. C. MC CANN. *Arch. of Intern. Medic.*, marzo 1935).

Si è cominciata una stabilizzazione nello studio delle nefriti colla pubblicazione di Volhard e Fahr di venti anni fa. Essi proposero una classificazione anatomica e patogenetica colla divisione in tre tipi principali: glomerulonefrite, nefrosi e nefrosclerosi. Addis mise poi in rapporto questi tipi colla conta eseguita nel sedimento urinario e finalmente il lavoro di Van Slyke completò tutto raccogliendo metodi clinici, morfologici e funzionali.

Glomerulonefrite e febbre reumatica. È opinione diffusa che ci sia un rapporto fra nefrite emorragica e infezione streptococcica e questo rapporto si sospetta anche per la febbre reumatica.

Nella febbre reumatica acuta, seguendo il metodo della conta del sedimento, Goldving e Wykoff hanno trovato aumentata l'escrezione di elementi cellulari e di proteine in 16 casi e per la durata di 4-10 settimane dopo l'attacco acuto. Fu anche trovato un rapporto diretto fra altezza della febbre e anormalità nelle urine, mentre non si fa menzione di un rapporto fra rimedi antireumatici ed alterazioni urinarie.

Il Bell ha trovato lesioni glomerulari nel 22 % delle endocarditi reumatiche e in qualche caso c'erano lesioni emboliche dei glomeruli. Bocher invece ritiene che la glomerulonefrite sia rarissima nell'endocardite reumatica vera.

Recentemente Blaisdell descrisse lesioni renali trovate all'autopsia in 16 casi di febbre reumatica.

Nefrite e tossiemie della gravidanza. Le lesioni renali in gravidanza si studiano oggi cogli stessi saggi funzionali che si applicano agli altri casi di alterazioni renali. Addis le ha classificate fra le lesioni degenerative, sebbene ci siano contemporaneamente ipertensione e lesioni vascolari.

Bell ha trovato nell'eclampsia e nella preeclampsia una caratteristica lesione glomerulare data da restringimento dei lumi capilIari per ispessimento della membrana basale e a volte per modica proliferazione endoteliale. Bell non accetta la teoria di Volhard dell'ischemia angiospastica.

G. Oberd ha richiamato l'attenzione sulla comparsa a ripetizione di alcune tossiemie gravidiche. La prima tossiemia gravidica in una donna può avere tre conseguenze: o provocare subito una nefrite cronica, o ripresentarsi nelle gravidanze successive pur essendo apparentemente normale la donna nel periodo intermediario o lasciare la donna perfettamente normale. Per le malate del secondo gruppo si è parlato di nefrite occulta.

Forme degenerative di morbo di Bright. Le nefrosi. La vera nefrosi lipoidea, se esiste, è rarissima. I dieci casi esaminati all'autopsia dal dott. Bell avevano glomerulonefrite con ostruzione dei capillari che poteva provocare atrofia tubulare.

Numerosi sono i casi di amiloidosi raccolti da Dixon: 100, di cui il 78 % da tubercolosi, il 9 % da tumori maligni, il 7 % da suppurazioni intratoraciche e 1 % da osteomielite cronica.

Nefrosi da metalli pesanti. In alcuni casi di tubercolosi curati con sali d'oro si possono avere alterazioni renali e urinarie. Il fenomeno più frequente è l'albuminuria transitoria, ma si possono avere anche disturbi gravi con iperazotemia, oliguria, edema, ematuria, anuria e sintomi uremici. Ci sono stati anche dei casi di morte.

Vallery-Radot, Gilbrin e Gauthier-Villars hanno studiato sperimentalmente nei gatti le lesioni renali da sali d'oro, ma non trovarono nessuna alterazione.

Uno dei contributi più importanti dell'anno scorso è quello di Rosenthal, che ha indicato quale antidoto nell'avvelenamento acuto da mercurio il solfossilato sodico formaldeide, che è efficace anche un'ora e mezza dopo l'ingestione del mercurio. Si fa un lavaggio dello stomaco con soluzione al 5 % di solfossilato e poi si inietta lentamente nelle vene una soluzione contenente 10 gr. di solfossilato.

Forme arteriosclerotiche di morbo di Bright. Le nefrosclerosi. Nelle forme benigne non si giunge all'insufficienza renale, mentre nelle forme maligne si giunge rapidamente allo stadio uremico. Nella forma maligna si ha ematuria, come nelle glomerulonefriti.

Un lavoro interessante hanno pubblicato Weiss, Porker e Robb. In un malato con ematuria proveniente dal rene sinistro, durante

l'intervento per nefrectomia si dosò il contenuto in ossigeno del sangue prelevato dall'arteria e dalla vena renale e furono fatti controlli in reni normali, ma mobili. La differenza di ossigeno fra sangue arterioso e venoso fu del 2,4 % nei normali e l'ossigeno utilizzato dai reni fu il 13 % del contenuto in ossigeno del sangue arterioso. Nel malato di ipertensione maligna il contenuto in ossigeno del sangue venoso era più alto di quello del sangue arterioso.

Circa le cause dell'ipertensione, alcuni hanno richiamato l'attenzione sul fatto che si possono ingerire discrete quantità di piombo cogli alimenti sopra tutto per l'abitudine di spruzzare frutta e verdura con sostanze che possono contenerne (arsenicato di piombo). Nel Queensland si ebbe una forte percentuale di bambini con lesioni renali di piombo per contatto con vernici adoperate per le verande.

Saggi della funzionalità renale. Due metodi vanno acquistando terreno: quello di Moller, Mc Intosh e Van Slyke dell'urea clearance e quello di Holten e Rehberg della creatinina clearance. Questi saggi furono fatti comparativamente. Lossen e Husfelds trovarono diminuita la creatinina clearance durante la narcosi.

Secondo Alving e Van Slyke i saggi di concentrazione e diluizione servono ad una valutazione solo qualitativa, ma non quantitativa dell'estensione della lesione renale.

Fisiologia patologica del m. di Bright. Peters e Van Slyke hanno raccolto quanto riguarda le manifestazioni biochimiche che sono l'uremia, l'acidosi e l'edema.

Sono fenomeni di uremia vera: anoressia, nausea, vomito, iperpnea di Kussmaul, stupore, coma, associati a modificazione dell'azoto non proteico del sangue e ad alterazioni degli elettroliti del sangue. Sono invece fenomeni della falsa uremia l'ipertensione, disturbi nervosi, il respiro di Cheyne-Stokes.

La teoria più accettabile dell'uremia è che si ha la scomparsa delle normali funzioni regolatrici dei reni a conservare l'ambiente umorale in cui vivono i tessuti e una parte importante hanno le deficienze di situazione ed escrezione e del meccanismo di regolazione extrarenale di compenso nei casi di squilibrio fra acidi e basi organiche e inorganiche e negli stati di disidratazione dell'organismo.

Edema nella nefrite. Molti anni fa Starling ha richiamato l'attenzione sull'importanza della pressione osmotica delle proteine del siero nel mantenere in equilibrio lo scambio dell'acqua attraverso le pareti dei capillari.

Weech ha pubblicato una rivista sintetica di quanto si sa sui rapporti fra pressione oncotica, pressione capillare, permeabilità capillare, contenuto proteico della linfa, flusso della linfa, elasticità dei tessuti, pressione meccanica negli spazi dei tessuti, variazioni nell'assorbimento del sale e alcuni fattori renali nella diuresi.

Mc Cann ha trovato qualche volta edematosi in cui le proteine del siero e la pressione colloidale oncotica erano inferiori a quelle trovate da Moore e Van Slyke.

Leiter ha provocato sperimentalmente edemi colla diminuzione delle proteine del plasma (plasmaferesi) e somministrando grandi quantità di sali.

Varî AA. si sono occupati della rigenerazione delle proteine plasmatiche dopo inanizione o nell'eccessiva albuminuria. Dall'uso di diete con forte contenuto proteinico Keutmann e Mc Cann hanno ottenuto benefici effetti nei nefritici.

Whiple e collaboratori hanno notato che si possono iniettare nelle vene forti quantità di plasma sanguigno per varie settimane nei cani normali senza avere perdita di proteine dalle urine. C'è un'analogia fra il rapporto del glicogeno colla glicemia e delle proteine cogli aminoacidi.

Tutte queste cose sono importanti specialmente per regolare l'alimentazione del nefritico. R. LUSENA.

Il fattore ipofisario nelle malattie renali.

(H. MARX, *Klin. Wochenschr.*, 16 marzo 1935).

Da tempo sono conosciuti gli influssi che la ipofisi esplica sulla diuresi; l'azione antidiuretica del lobo pituitario posteriore ha trovato anche la sua applicazione terapeutica; rimaneva però oscura l'eventuale importanza dell'ipofisi nei processi patologici del rene. Gli studi recenti di Hofbauer, Fauvet, Anselmino e Hoffmann hanno permesso di stabilire un rapporto diretto fra l'ipofisi ed un'alterazione patologica del rene, quale si trova nelle tossicosi gravidiche. I due ultimi AA. sono riusciti ad estrarre dal sangue delle eclamptiche delle sostanze ipertensive e antidiuretiche analoghe a quella dell'ormone postipofisario.

L'A. stesso, servendosi di metodi di maggiore sensibilità ha sottoposto alla ricerca il sangue di individui sani, di gravide normali ed eclamptiche; egli ha potuto rilevare che le sostanze antidiuretiche (e che aumentano la concentrazione di cloruri nelle urine) si trovano anche nei normali in proporzione di 0,05 unità di Voegtlin per 100 cc. di sangue; nelle donne gravide, tale quantità aumenta di circa 50 %, per essere addirittura quadruplicata nei casi di eclampsia e rene gravidico. Già il fatto dell'aumentata concentrazione clorurica faceva pensare che tale sostanza sia analoga all'ormone postipofisario; una serie di saggi fisici, chimici, di adsorbimento ecc. non ha permesso di rilevare differenze alcune fra le due, tanto da autorizzare a pensare che si tratti di due sostanze identiche o per lo meno molto simili.

Non mancano d'altra parte delle osservazioni cliniche di casi, nei quali ad un'alterazione ipofisaria corrisponde anche quella del rene. A prescindere dalle modificazioni della diuresi, specialmente evidenti colla prova della diluizione e che mettono in evidenza un variabile comportamento di essa a seconda dei giorni, vi sono dei casi dove ad una alterazione patologica dell'ipofisi corrisponde un quadro morboso renale. Mac Mahon ed altri citano dei casi di adenoma basofilo con sclerosi renale maligna; Berlingers avrebbe osservato l'aumento delle cellule basofile nei nefritici e negli uremici.

Si noti che pur appartenendo le cellule basofile al lobo anteriore, non v'è dubbio che l'alterazione di esse influisce direttamente (mediante penetrazione nel lobo post.) o indirettamente (per modificate proprietà dell'ormone che passa attraverso il lobo post.) sulla postipofisi.

Un caso della clinica di Mayo acquista addirittura valore sperimentale; in esso, in seguito a puntura dell'ipofisi affetta da adenocarcinoma, si è sviluppato il quadro completo di uremia mortale.

Tutti questi dati indussero l'A. a osservare le eventuali conseguenze che la stimolazione dell'ipofisi potrebbe avere sulla funzionalità renale; considerando lo stimolo osmotico quale più adeguato, egli si è servito di soluzioni saline o dell'acqua distillata introdotte direttamente nel ventricolo cerebrale; per escludere qualsiasi influenza del trauma si operava su cani senza narcosi ma con la cute del cranio precedentemente denervata; la quantità di soluzione era di 1 cc., iniettato previa sottrazione della stessa quantità di l. c. r.

Sin dalle prime osservazioni si è potuto costatare che mentre mancano reazioni notevoli in animali a digiuno, queste non tardano a manifestarsi somministrando all'animale piccole quantità di acqua, provocando cioè la continua diuresi fisiologica. La reazione si appalesava con diminuizione pronunziata della diuresi sino alla completa sospensione di essa per circa un'ora; contemporaneamente aumentava la pressione sanguigna; l'intensità della reazione (che era analoga a quella provocata con iniezione di ormone postipofisario endovena o nel ventricolo) era proporzionale all'intensità dello stimolo nel senso che effetti maggiori si ebbero con soluzioni per così dire « meno fisiologiche »; fino a che con 1 cc. di acqua distillata o con soluzione di NaCl a 6-10 per cento è stata osservata comparsa di ematuria della durata di 15-120 m'; tale manifestazione si osservava nel momento della massima inibizione della diuresi con la maggiore concentrazione di cloruri urinari; ad esso spesso concomitava albuminuria e qualche volta nel sedimento venivano osservati cilindri ialino granulosi; la pressione aumentava di 15-50 mm. di Hg.; l'azotemia permaneva invariata.

Esperienze analoghe eseguite su animali con reni precedentemente denervati diedero risultati del tutto simili, dimostrando il meccanismo ormonale e non nervoso dei fenomeni osservati; questi potevano essere provocati anche con somministrazione sottocutanea di pitressina (20 u. Voegtlin) a condizione di essere accompagnate da ingestione di discrete quantità di acqua (1500 cc. per animale di 15 kg). L'A. ricorda che anche in patologia umana sono noti fatti simili; qualche volta la somministrazione esagerata di ormone postipofisario a malati polidipsici di diabete insipido ha provocato ematuria ed albuminuria.

Nella luce dei fatti sperimentali l'A. torna a considerare la fenomenologia della nefrite acuta per rintracciarvi l'eventuale compartecipazione (se non l'importanza protopatica) del sistema nervoso centrale. Egli vorrebbe considerare l'azione favorevole della puntura lombare nell'eclampsia puerperale e nell'uremia acuta non soltanto quale cura sintomatica; difatti, dopo di questa si ristabilisce spesso anche la diuresi normale., la pressione torna ai valori fisiologici; tale influsso è stato dall'A. osservato anche in casi con pressione normale nel liquor. Verrebbe dunque logico ad ammettere che è il liquor stesso (e non la sua ipertensione) a esercitare azione nociva sul complesso della malattia. E difatti, con l'iniezione intraventricolare di 1 cc. di liquor dei nefritici l'A. avrebbe ottenuto lo stesso effetto che con le soluzioni fortemente stimolanti, verificandosi oliguria, aumento dei cloruri urinari ed ematuria. L'esperienza di controllo, eseguita con 1 cc. di liquor normale, ha avuto esito negativo. La stessa sostanza pressoria è stata trovata nel sangue nei nefritici, però in proporzione 200 volte inferiore. Di qua l'A. conclude che essa viene formata nel sistema nervoso centrale (ipofisi-mesencefalo), viene secreta nel liquor e successivamente passa nel sangue.

Con ciò sembra accertata l'importanza patogenetica del sistema ipofisi-mesencefalo nelle affezioni renali acute. L'A. considera quale causa primaria di esse le modificazioni della idremia e del contenuto salino del plasma che rappresentano gli stimoli adeguati dell'ipofisi, la quale a sua volta provoca le reazioni ulteriori. La stessa importanza di causa prima può essere attribuita ad alcune sostanze tossiche che penetrano nel circolo, fra le quali figurerebbero anche le tossine batteriche; a riprova di questa possibilità l'A. ha sperimentato colla tossina di Dick, la quale, iniettata nel ventricolo in soluzione isotonica, ha provocato dopo un tempo di incubazione alquanto più lungo (5 ore) la solita oliguria, ematuria, ipertensione, ecc.

Ad avvicinare ancora maggiormente la fe-

nomenologia sperimentale a quella clinica delle nefriti acute, le quali da molti vengono considerate come conseguenza della modificata reattività organica (allergia), serve l'ulteriore osservazione dell'A. riguardo la sempre maggiore suscettibilità dell'animale verso lo stimolo. Difatti, gli stimoli deboli, che nelle prime esperienze rimanevano senza effetto, dopo 6-8 prove riuscivano a determinare la oliguria, l'ematuria, ecc. Insistendo, nelle esperienze successive si verificavano anche fenomeni generali sotto forma di ipereccitabilità, convulsioni cloniche, ecc. Finalmente in alcuni animali che hanno superato molte prove (10-12) senza effetti evidenti, è bastata poi la sola somministrazione di grande quantità di acqua per provocare oliguria e fenomeni convulsivi.

I dati che abbiamo riportato dimostrerebbero dunque chiaramente la partecipazione dei fattori centrali nella sindrome nefritica. Lo stesso A. prudentemente osserva che con ciò non debbono venire sottovalutate le possibili influenze dirette che le sostanze tossiche esercitano sul sistema vascolare e sul parenchima renale stesso; la terapia delle nefropatie dovrà tenere debito conto anche di queste ultime; ma sin d'ora si può intuire quale nuovo campo viene aperto allo studio teorico e alle applicazioni curative della nefrite acuta, come p. es. si è visto per la stessa puntura lombare che va considerata non più come terapia sintomatica ma causale e quindi talora profilattica. Come sempre, i nuovi dati sperimentali possono portare a tutto un nuovo inquadramento clinico e curativo di una malattia tanto comune e tanto temibile anche per le sue lontane conseguenze, quale la nefrite acuta.

S. MINZ.

Osservazioni sull'etiologia della sindrome nefrotica e sulla azione degli alcali nella stessa.

(R. B. HAWES & E. C. VARDY. *The Quarterly Journal of Medecine*, genn. 1935).

Gli AA. residenti in Singapore hanno l'opportunità di osservare numerosi casi di nefrosi, malattia assai comune fra la parte povera e che si nutre male della popolazione indigena. Ne hanno studiati 43 casi, per investigarne l'etiologia, attribuita recentemente da alcuni AA. alla malaria quartana ed all'anchilostomiasi, e studiare gli effetti di varie diete, acide ed alcaline, sulla malattia.

Concludono che nè l'anchilostomiasi nè la malaria sono fattori determinanti della sindrome nefrotica, mentre la dieta ha una speciale importanza: una dieta alcalina influenza favorevolmente la malattia e l'aggiunta ad essa di sali potassici (bicarbonato di potassio, citrato di potassio aa. 2, acqua gr. 100) dati dapprima 3 volte al giorno ed in seguito ogni 2 ore, od ogni ora, fino a rendere l'urina alcalina, fa scomparire gli edemi e l'ipercolesterinemia e diminuisce l'albuminuria. Se la dieta alcalina è sostituita da una acida, tutti i sintomi della nefrosi scompaiono.

Alcuni malati però dopo un miglioramento iniziale, mostrano segni di screzio nefritico ed indi di nefrite.

Da questi dati gli AA. credono che nell'etiologia della sindrome nefrotica operino due fattori: uno dietetico e l'altro tossico od infettivo. Quale sia più importante, e se, e come l'uno influenzi l'altro è ignoto; pare che il fattore tossico o infettivo, controllabile con la dieta alcalina, più sali potassici, se lasciato a sè produca le alterazioni nefritiche.

Intradermoreazioni per lo streptococco emolitico sono state positive nel 40 % dei casi, ed è probabile che questo germe possa essere in causa.

ZITO.

Sulla clinica e terapia della calcolosi renale.

(R. PAMPERT. *Mediz. Klinik*, 1° febbr. 1935).

L'articolo dell'A. rappresenta un'aggiornamento delle nostre nozioni sulla calcolosi renale. alcune delle quali meritano di essere sottolineate.

Per quel che riguarda la patogenesi dei concrementi urinarî, fra le varie ipotesi enunciate, la più accettabile sembra l'opinione di Ebstein, secondo la quale il primo nucleo del calcolo è rappresentato da formazioni organiche come p. es. da epiteli sfaldati. La maggior parte degli AA. segue attualmente la teoria di Lichtwitz, la quale considera la formazione del calcolo come conseguenza di alterato equilibrio chimico-colloidale.

Mentre dal punto di vista patogenetico i calcoli possono essere divisi in primari (da precipitazione primitiva dei sali urinari) e secondari (che si formano durante i processi settici originandosi dal pus), dal punto di vista clinico importa più la divisione in calcoli asettici o infetti; alla classica sintomatologia calcolosa, in questo ultimo caso si aggiungeranno sintomi d'infezione.

Il tipico dolore della colica renale, dovuto ad una brusca occlusione dell'uretere, diventa caratteristico per la sua irradiazione in basso, la dolorabilità del rene stesso e della regione lombare; l'A. ricorda però che la dolenzia testicolare può trarre in inganno, inquanto che oltre ad essere di origine locale può talora comparire anche nell'appendicite. Universalmente sono noti i fenomeni concomitanti di occlusione intestinale e anuria; la diagnosi diventa più facile per la costante ematuria e di assoluta sicurezza quando si osserva l'emissione del calcolo. Frequentemente un calcolo immobile e non occludente

può essere sospettato solo per l'esistanza di un dolore sordo e stimolo alla minzione. Va da sè che l'indagine radiologica fornisce spesso la chiave della diagnosi. Lo studio cistoscopico e istologico delle urine permetteranno di escludere la possibilità di tbc. urinaria, di tumori ecc.

Per quel che riguarda la terapia conservativa, l'esperienza oramai ha dimostrato la scarsa utilità di trattamenti diretti ad alcalinizzare e risp. acidificare le urine per disciogliere i calcoli; l'efficenza di alcuni trattamenti idrominerali eseguiti nei luoghi di cura è dovuta a fattori accessori, quali riposo, dieta. ecc. Sono utili le cure diuretiche (anche con acqua distillata); talvolta si è dimostrata efficace la somministrazione di glicerina per os. la quale oltre ad un'azione diuretica, eliminandosi per le vie urinarie, lubrifica le mucose e permette la più facile espulsione di calcoli. Anche il bagno intestinale provoca spesso intensa diuresi.

Il trattamento endovescicale col cateterismo ureterico permette spesso la rimozione meccanica del calcolo e può rendersi utile per l'introduzione di olio e di sostanze disinfettanti in caso di sepsi locale. Talora la progressiva dilatazione dell'uretere rende possibile l'espulsione del calcolo.

La terapia cruenta ha avuto modo di affermarsi specialmente da quando può appoggiarsi su precisi dati diagnostici forniti dalla radiologia e dalla cistoscopia. Qualsiasi intervento presuppone d'altronde l'esatta conoscensca della funzionalità di ognuno dei due reni, che può essere agevolmente esplorata mediante la cromocistoscopia.

Le indicazioni della cura chirurgica (pielo o ureterotomia, nefrotomia e nefrectomia) sono facilmente intuibili; la scelta del momento dell'intervento appartiene ad uno dei compiti più delicati del medico; difatti l'operazione non dev'entrare in campo, se non quando la terapia conservativa si è dimostrata insufficiente; d'altra parte non si deve ritardare troppo l'intervento per il pericolo di complicanze settiche o per la possibilità di rendere il rene inservibile (idro- o pionefrosi calcolosa), quando si dovrà ricorrere necessariamente all'operazione più demolitiva — cioè la nefrectomia.

S. MINZ.

FEGATO E VIE BILIARI.

Contributi alla forma epatica della linfogranulomatosi maligna.

(I. GOIA. *Le Sang, n.* 4, 1935).

Nella fase avanzata della linfogranulomatosi maligna il volume del fegato è assai spesso aumentato; l'epatomegalia è però generalmente molto discreta, debordando il fegato appena uno o due dita trasverse dal bordo delle false costole. Per contro, le epatomegalie di dimensioni più considerevoli sono molto rare e sono eccezionali sopratutto i casi in cui il fegato è alterato elettivamente o quelli in cui i sintomi epatici o epatosplenici dominano il quadro clinico. Ai pochi casi di questo genere descritti nella letteratura l'A. ne aggiunge due di sua osservazione.

I due malati presentavano i fenomeni clinici seguenti: febbre, un fegato considerevolmente aumentato di volume, splenomegalia, ascite ed edemi delle estremità inferiori. La diagnosi di linfogranulomatosi fu stabilita istologicamente.

Nel primo caso all'autopsia la linfogranulomatosi si presentò come un tumore delle dimensioni di una testa di feto, nettamente distinto dal parenchima epatico che era rimasto indenne e profondamente localizzato dentro il parenchima stesso, tanto da sfuggire alla palpazione. Il volume del fegato era stato, nel corso della vita, considerevolmente aumentato, ma la sua superficie era rimasta assolutamente regolare e la sua durezza relativamente poco marcata. L'aspetto del tumore era così speciale che all'autopsia fu fatta diagnosi di sarcoma epatico e solo l'istologia potè chiarire la natura della lesione.

La vena porta era trombizzata a livello della sua entrata nel fegato. Esisteva modica ipertrofia della milza e dei gangli addominali.

Nel secondo caso il fegato era non soltanto duro ma anche a superficie irregolare, mammellonata, simile molto al fegato sifilitico, tanto che questa fu la diagnosi posta in primo tempo.

In questo senso fu interpretato il carattere ondulante della febbre, constatabile frequentemente nella sifilide viscerale, specie nella sifilide epatica e a questa diagnosi sembrò portare una conferma l'effetto miracoloso del trattamento antiluetico.

Il volume del fegato diminuì considerevolmente, la febbre si abbassò fino a cessare, comparve una enorme diuresi e il malato si sentì molto meglio. Ma in realtà, come il decorso della malattia dimostrò più tardi, non si era trattato che di una coincidenza, il miglioramento non essendo stato in realtà che il periodo di calma che succede, con una regolarità impressionante, alle fasi febbrili in certi casi di linfogranulomatosi maligna.

Come sintomo prezioso per la diagnosi differenziale merita di essere segnalato il fatto che la diminuizione del volume del fegato non si accompagnò ad alcuna modificazione della sua consistenza; le irregolarità nodulari rimasero assolutamente immodificate.

È molto probabile che nella linfogranulomatosi epatica, data l'importanza del fegato sul metabolismo dell'acqua, si abbia una ritenzione idrica e che questa ritenzione contribuisca

anche all'aumento di volume del fegato. Si può così spiegare la diuresi notevolissima che seguì alla fase febbrile.

La conformazione mammellonata del fegato deve essere molto probabilmente attribuita ai noduli granulomatosi in evoluzione sclerotica.

Quanto all'ascite e agli edemi delle estremità inferiori, nel primo caso essa era causata dalla trombosi portale. Data la predilezione del processo granulomatoso per le vicinanze delle venule portali, si può agevolmente spiegare l'ascite anche nel secondo caso.

L'A. si domanda se la predominanza della linfogranulomatosi a livello del fegato possa essere favorita da alcune affezioni che, anteriormente, abbiano contribuito a debilitare l'organo, e fa notare la presenza dell'alcoolismo nei precedenti dei suoi due malati. Nel 2° esisteva nei precedenti anche un ittero e la malaria.

Le osservazioni riportate dimostrano ancora una volta il polimorfismo della linfogranulomatosi, legato non solo all'aggressione di differenti organi ma anche ai vari aspetti clinici che la malattia può prendere anche quando non attacca che un solo organo.

C. TOSCANO.

Sull'ittero da spirochetosi ittero-emorragica.

(T. OKA. *Klinische Wochens.*, 1° giugno 1935).

Malgrado da molti anni siano numerose le ricerche tendenti a chiarire la patogenesi dell'ittero da spirochetosi ittero-emorragica, pure questo problema si può dire sia rimasto ancora insoluto. Poichè è noto che l'ittero è dovuto alla colorazione dei tessuti di tutto il corpo per mezzo della sostanza colorante biliare e cioè della bilirubina, è apparso necessario studiare il passaggio della bilirubina nel sangue in un periodo della malattia, nel quale circolano nel sangue soltanto tracce di bilirubina. Le ricerche praticate dall'A. su conigli e su cavie, oltre che su individui affetti dalla malattia, hanno potuto mettere in evidenza, dal punto di vista biochimico, la presenza, nel sangue di uomini e di animali affetti da morbo di Weil, di due qualità di bilirubina, e cioè di una bilirubina da stasi e di una bilirubina funzionale, di cui la prima è in quantità di molto superiore alla seconda. La soluzione del problema sta nel chiarire la maniera con la quale questi due tipi di bilirubina entrano nel sangue. Dal punto di vista anatomo-patologico le ricerche dell'A. hanno confermato i reperti già ottenuti dai vari AA. che si sono occupati dell'argomento, ma hanno potuto anche mettere in evidenza un quadro che era stato finora poco considerato nella sua importanza patogenetica e che dall'A. è denominato « quadro della dissociazione cellulare ». Nella letteratura il quadro della dissociazione delle cellule epatiche in questa malattia era già stato constatato; ma le alterazioni descritte dall'A. sono alquanto diverse: i preparati dimostrano infatti fra cellule e cellula epatica e fra gli epiteli delle vie biliari, la presenza di masse colorate di bile, le quali, in forma allungata e più o meno stretta, sfuggono dall'interno dei capillari biliari o dal lume delle vie biliari, attraverso i due margini protoplasmatici e si vanno a fondere con l'edema giallastro perivascolare. Tale quadro è talmente caratteristico che è stato chiamato dall'A. « quadro della bile che sfugge ».

Secondo l'A. la bilirubina da stasi che si ritrova nel sangue, deriva senza dubbio dalle vie biliari, da dove essa sfugge attraverso la dissociazione cellulare dall'A. stesso messa in evidenza. Se tale dissociazione cellulare sia più accentuata a carico delle vie biliari oppure dei capillari biliari, non è ancora ben chiaro; ma da quanto risulta dalle ricerche fatte e dai reperti istologici, la parte affidata ai capillari biliari sembra molto importante.

In quanto alla bilirubina funzionale, se essa derivi da una iperfunzione del sistema reticolo endoteliale come nell'ittero pleiocromico, oppure essa si versi nel sangue con lo stesso meccanismo che nell'ittero da ritenzione, non è stato stabilito esattamente. Ciò che sembra certo è che essa non riveste una parte importante nella determinazione dell'ittero da spirochetosi.

C. LA CAVA.

L'orticaria e l'ittero catarrale.

(J. CAROLI e J. FERROIR. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 8 aprile 1935).

Gli AA. prendendo lo spunto da un caso di orticaria generalizzata, intensa, che durava da sei mesi, ribelle ad ogni terapia e scomparso nel corso di un ittero intercorrente di tipo catarrale, esaminano i legami etiologici dell'orticaria e dell'ittero.

L'orticaria è la più frequente fra tutte le manifestazioni cutanee preitteriche. Generalmente l'eruzione precede di poco i segni epato-biliari, mentre nel caso degli AA. i prodromi urticariformi datavano da sei mesi.

Questi fatti chiariscono un lato dell'etiologia degli itteri catarrali. I prodromi urticariformi rendono verosimile l'importanza della intossicazione e dei fenomeni di sensibilizzazione nello sviluppo delle lesioni di epatite e nella comparsa della ritenzione biliare. Un significato analogo hanno le manifestazioni articolari preitteriche che sono molto più frequenti dell'orticaria, come è dimostrato sia dalla associazione abituale delle artralgie con i fenomeni cutanei quando questi ultimi esistono, sia dal fatto che la comparsa dell'ittero fa scomparire sia le une che le altre lesioni.

Dal punto di vista istologico la parentela fra ittero catarrale e i processi flussionari del tipo

dell'orticaria e delle artropatie più o meno vicine al reumatismo serico è dimostrata dalla constatazione dell'edema trabecolare come alterazione caratteristica epatica nell'ittero catarrale.

Questo avvicinamento fra orticaria e ittero sul terreno anatomico è appoggiato anche da considerazioni sperimentali. È noto che l'istamina provoca nel derma una papula di orticaria caratteristica; ora, Eppinger ha dimostrato recentemente che l'istamina, iniettata a soggetti affetti da ittero catarrale, sembra aumentare il disturbo epato-cellulare.

Sembra pertanto agli AA. che in certi casi, prescindendo dalla durata, si possa ammettere che l'ittero sia per il fegato quello che l'orticaria è per la pelle e che l'associazione di flussioni articolari, di edema cutaneo e di edema epatico non siano che determinazioni differenti di uno stesso stato tossiallergico.

Circa l'azione curativa immediata esercitata dalla ritenzione biliare sull'orticaria è da notare che essa appare un paradosso patologico dato che nella etiologia dell'orticaria le affezioni biliari, siano rappresentate da perturbamenti epato-cellulari o da disturbi vescicolari escretori, rappresentano un elemento primordiale. Nel caso osservato dagli AA. il fatto è tanto più rimarchevole in quanto l'eruzione aveva resistito ad ogni tentativo terapeutico.

Si è voluto dare importanza ai sali biliari e alla glicocolla, per spiegare queste guarigioni spontanee, ma non è possibile, allo stato attuale, trovare una spiegazione soddisfacente.

C. TOSCANO.

Colecistografia rapida e prova di Graham.

(A. ROSSI. *Nuntius Radiologicus*, n. 6).

L'A., che è stato uno dei primi ad introdurre in Italia la colecistografia, e di cui sono noti gli importanti contributi, suoi e della sua scuola, allo studio del complesso argomento, fa in questo suo interessante lavoro un confronto fra la prova di Graham e la colecistografia rapida e col metodo Antonucci.

La colecistografia rapida, che è stata in primo tempo usata alla scopo di ottenere una visibilità precoce ed in secondo tempo come prova di carico, appare dal confronto dell'A. ben poco utile dal punto di vista pratico. Anzitutto il concetto di visibilità precoce è infirmato dal Rossi che ribadisce con la documentazione di numerosi confronti eseguiti su gli stessi ammalati il suo concetto già molte volte espresso che se, con la prova di Graham andiamo a ricercare il tempo di comparsa della colecisti questa si rende egualmente evidente press'a poco nello stesso tempo che con l'Antonucci.

Col metodo Antonucci inoltre data la minore opacità che la colecisti acquista in confronto del Graham, lo studio viene reso più difficile e spesso dà dati meno precisi, specialmente per quello che riguarda l'apprezzamento di calcoli trasparenti od intraparietali (Rossi) che si osservano solo quando la colecisti raggiunge una determinata opacità; per la localizzazione d'aree opache che non possono nelle proiezioni laterali essere osservate dentro la colecisti data la scarsa visibilità della sua immagine, ed inoltre la tenuità dell'ombra ne impedisce anche la visione radioscopica utile per saggiarne la mobilità e la sensibilità alla palpazione.

La prova di Antonucci ha quindi sulla prova di Graham lo svantaggio di un'opacizzazione meno intensa, mentre il tempo d'esame non viene praticamente diminuito.

Un'altra questione importante è quella del valore da darsi ai reperti negativi. Mentre col Graham il r. n. ha per il Rossi un grande valore clinico, il r. n. in una prova di Antonucci, che dà una percentuale di negatività notevolmente superiore, ha un significato molto meno importante e deve essere in ogni caso controllato con la prova di Graham.

L'A. nega valore anche al concetto di Michel e Demole sulla cosidetta « colecistografia rapida tardiva », che trova, secondo Rossi, riscontro di un Graham ritardato, come ad un Graham ritardato corrisponde spesso un Antonucci negativo.

Anche il concetto di Milani che in certe colecistopatie alitiasiche e specialmente nella colecisti a fragola, in cui si può avere un Graham positivo ed un Antonucci negativo, possa quest'ultimo come prova di carico rappresentare una sensibilizzazione della ricerca, viene discusso dal Rossi, che si domanda anzitutto perchè una colecisti malata debba rispondere ad una prova di carico soltanto negativamente e pensa che la negatività riscontrata alla prova di Antonucci debba esser messa piuttosto in rapporto con uno svuotamento precoce della colecisti dovuto all'ipercinesi, che anche Milani ha riscontrato nella maggior parte di colecisti a fragola.

Nei diabetici, a parte la discutibile utilità della ricerca l'A. pensa che l'Antonucci sia controindicata.

Il Rossi si dimostra contrario anche all'uso dei colecistocinetici allo scopo di svuotare la colecisti prima che si inizi il deflusso della bile carica di sale opaco, per ottenere in tal modo una visione più rapida della colecisti. L'impiego dei colecistocinetici ci allontana da un responso anatomo-fisiologico, sia perchè non tutti i soggetti reagiscono egualmente a questi mezzi, sia perchè non essendo costante la composizione delle sostanze impiegate non si può esser sicuri nemmeno della costanza degli effetti. L'uso dei colecistocinetici appare invece importante per il meccanismo della prova rapida. Non intervengono qui i fattori osservati dall'Antonucci (glicemia, maggiore stimolo delle cellule epatiche, aumentato flusso della

bile): qui interviene un fattore nuovo rappresentato dallo svuotamento della colecisti (Capua). E nella revisione necessaria di tutta la letteratura dell'argomento « l'attività motrice della colecisti e l'influenza del sistema nervoso che la governa, in particolar modo il parasimpatico », sono fattori che dovranno essere definiti e valorizzati. L. Giuntoli.

MISCELLANEA.

Emocromatosi.

(J. H. Sheldon. *The Lancet*, 10 nov. 1934).

L'A. pubblica una rivista sintetica sull'emocromatosi valendosi di 311 casi pubblicati nella letteratura (di cui 7 da lui osservati).

Diabete bronzino, cirrosi pigmentaria ed emocromatosi sono aspetti diversi di una stessa condizione.

L'età più giovane in cui la malattia è cominciata è quella di 20 anni; la massima incidenza è fra 45 e 55 anni. I maschi prevalgono sulle femmine in proporzione di 20 a 1, però probabilmente la proporzione vera è diversa perchè si pubblicano i casi nelle donne per la loro rarità e certo molti casi in uomini non si pubblicano più.

Clinicamente quattro sintomi sono i più importanti, ma qualcuno di essi può mancare: aumento di volume del fegato per cirrosi ipertrofica, pigmentazione bronzea della pelle, diabete grave, e ipoplasia sessuale (perdita dei peli alle ascelle, al torace, mentre i peli al pube nei maschi assumono una disposizione femminea ed impotenza). Generalmente c'è ipotensione senza anemia.

La malattia è, col tempo, mortale, e la morte è causata o dalla cirrosi epatica o dal diabete.

Le alterazioni anatomo-patologiche sono: deposito di pigmenti, alterazioni fibrotiche e degenerazioni cellulari in alcuni organi parenchimatosi.

I pigmenti dell'emocromatosi sono di due specie: emosiderina ed emofucsina.

L'emosiderina è un pigmento contenente ferro, di colore giallo-scuro, in granuli di grandezza variabile e anche visibili a occhio nudo. Il ferro può essere estratto trattando con acido. Il contenuto in ferro è elevato (55 %).

L'emosiderina è il pigmento predominante, è diffusa su tutto il corpo, con predilezione però per le cellule ghiandolari (tanto delle ghiandole a secrezione interna che esterna). La maggior quantità si trova nel fegato e nel pancreas. Le paratiroidi ne contengono sempre, la tiroide quasi sempre, le surrenali ne contengono solo nella zona glomerulare, le isole di Langherans ne contengono nell'80 % dei casi, il lobo anteriore dell'ipofisi ne contiene spesso, quello posteriore raramente. Il rene è raramente pigmentato, e lo stesso è il testicolo.

I muscoli striati sono fortemente pigmentati, e pigmento si trova anche nel sistema reticolo-endoteliale, nelle cartilagini, nell'endotelio sinoviale.

L'emofucsina è un pigmento scuro, quasi nero, non contiene ferro, contiene zolfo, si trova nelle cellule ghiandolari e nel tessuto connettivo (specialmente in quello splenico), colpisce anche i muscoli lisci dell'apparato genitale e dell'intestino, dei vasi sanguigni.

Si associa alla pigmentazione una sclerosi degli organi (fegato, pancreas, milza, ghiandole salivari, cuore, tiroide). Non si è mai osservata fibrosi nelle paratiroidi, che però contengono notevole quantità di emosiderina, mentre nelle linfoghiandole le modificazioni sclerotiche vanno di pari passo colla pigmentazione. Per la diffusione del processo sclerotico la malattia è stata anche chiamata polisclerosi.

Esistono modificazioni degenerative nell'epitelio germinale dei testicoli e nelle isole di Langherans.

Importanti sono le modificazioni chimiche dei tessuti: c'è un notevole aumento del ferro, che è però molto scarso nel cervello e nel colon (solo il sangue non presenta questo aumento di ferro). Nel fegato, nel pancreas e nelle ghiandole salivari l'aumento del ferro raggiunge un limite 50-100 volte superiore al normale, nei muscoli striati 4 volte.

C'è anche un aumento di calcio di molti tessuti (e questo spiega perchè in alcuni casi si ebbero immagini radiologiche di osteo-porosi). Nel polmone, nella trachea e nella vescica urinaria non c'è aumento del calcio, ma del potassio.

Il fegato e i muscoli striati presentano un aumento del contenuto in rame, mentre i reni ne contengono poco.

Il contenuto in zinco è normale, il contenuto in ferro è diminuito nel fegato; lo zolfo è aumentato nell'omento e nella porzione superiore dell'intestino.

Per quanto riguarda l'origine dei depositi di emosiderina, si è pensato, naturalmente, che derivasse dal ferro contenuto nell'emoglobina e che questo ferro costituisse la parte che, pel, diciamo così, consumo dell'emoglobina viene ad essere raccolta nei tessuti.

Però contro l'origine ematica ci sono varî fatti: non ci sono segni di distruzione del sangue nè di conseguente rigenerazione.

L'emosiderina potrebbe derivare dal ferro dei tessuti, però gli esami pubblicati dall'A. non hanno dato modificazioni del citocromo (nome dato al pigmento dei tessuti) nei muscoli.

Probabilmente i tessuti accumulano ferro nell'emocromatosi, senza essere capaci di espellerlo, come avviene normalmente.

Secondo Zondek e Karp il contenuto in ferro delle cellule indica l'età della cellula; le cellule vecchie ne contengono di più; nell'emocromatosi si potrebbe trattare di una senescenza cellulare.

È stato anche trovato un rapporto fra emosiderina e rame.

Ricerche recenti del Dry hanno dimostrato che il bilancio del ricambio del ferro è così piccolo da non prestarsi ad accurate indagini.

Un fatto accertato è che la malattia ha spesso diffusione familiare: numerosi sono i casi di varî fratelli che ne soffrono, mentre non è dimostrata la trasmissione ereditaria.

Per quel che riguarda l'età, sebbene nessun caso sia apparso nettamente manifesto prima del 20° anno d'età, pure c'è un notevole numero di casi in cui i sintomi iniziali sono stati precocissimi (anche a 7 anni).

È probabile che si tratti di malattia congenita, che si manifesta solo dopo parecchi anni dalla nascita e il fatto che spesso all'emocromatosi si associa cirrosi multilobulare del fegato non è contrario all'origine congenita della malattia. R. LUSENA.

Le indicazioni terapeutiche dei bagni di mare.

(H. CURSCHMANN. *Medizinische Klinik*, 29 marzo 1935).

L'uomo civile va al mare sopra tutto per il bisogno di riposo e di ristoro. Il novanta per cento dei frequentatori delle spiagge durante l'estate sono sani e robusti. Essi vi sono attratti dai molti svaghi che le stazioni balneari marine ora offrono, dal desiderio di passare intere giornate più o meno nudi, lontani con il corpo e con lo spirito dalle preoccupazioni e dalle esigenze della vita di città. Questa abitudine che ora si è largamente diffusa concorre certamente all'irrobustimento della razza.

Ma dal punto strettamente terapeutico conviene riconoscere che vi sono malattie per le quali i bagni di mare sono vantaggiosi, malattie per le quali non hanno alcun effetto ed infine altre per le quali sono controindicati.

Le anemie secondarie ad infezioni, ad operazioni, ad emorragie, ad intossicazioni ed anche le lievi anemie dei bambini e le oramai rare clorosi migliorano sensibilmente con le cure marine.

Viceversa le gravi malattie del sangue, e specialmente l'anemia perniciosa progressiva e la leucemia, non sono favorevolmente influenzate dalle cure marine, anzi spesso peggiorano. Del resto queste malattie sulle coste non sono meno frequenti che nell'interno. Lo stesso può dirsi per l'ittero emolitico, il morbo di Werlhoff e per la poliglobulia. Non è ancora sicuro se l'anemia ipocromica migliori al mare.

Per le malattie del cuore e dei vasi si deve essere molto guardinghi nella indicazione delle cure marine. Queste sono del tutto controindicate nelle forme febbrili di endocarditi ed in tutti i casi d'insufficienza cardiaca. Se mai potrà concedersi il soggiorno sulle spiaggie nei casi di vizî valvolari e d'insufficienza miocardica quando siano ben compensati e con l'espresso divieto di fare bagni freddi e lo sport. L'arteriosclerosi con il cuore in ordine e l'ipertonia essenziale non risentono danno, anzi spesso si avvantaggiano del mare. È giusto il vecchio aforisma secondo il quale il mare è il paradiso degli arteriosclerotici. Anche soggetti con pressione alta fino a 200 mm. e con qualche sintoma cardiaco e cerebrale trovano gran ristoro dalla vita riposante di spiaggia e si sentono come rinati dopo un breve bagno di mare. Talvolta questa sensazione euforica dura a lungo. Pertanto agli arteriosclerotici la cura marina può essere consentita ed anche suggerita, sempre che non esistano segni di nefrosi ed angina pectoris. Per i disturbi circolatori di natura nervosa le indicazioni non possono essere che individuali a seconda dello sfondo neurotico di singoli casi. Per gli individui affetti da angina pectoris nervosa, da disturbi climaterici e tireotossici il mare è controindicato.

Le affezioni catarrali croniche o subacute delle vie aeree superiori si giovano dell'aria marina pura, povera di polvere, carica di sali. Anzi nei bambini soggetti a queste forme catarrali le cure marine hanno un'azione profilattica in quanto evitano il ripetersi delle affezioni nell'autunno ed inverno successivi.

Naturalmente non convengono le cure marine nelle gravi bronchiti croniche, in alcune forme di bronchiectasia con tendenza alla pulmonite interstiziale, nelle bronchiti da stasi, negli enfisemi con scompenso cardiaco, negli ascessi pulmonari cronici, nella bronchite fetida, nella gangrena e nei neoplasmi del pulmone e della pleura.

Nelle indicazioni delle cure marine per l'asma bronchiale occorre essere circospetti. La credenza che gli asmatici guariscano al mare è stata spesso smentita. È stato rilevato che sulla costa possono aggravarsi se vi trovano le condizioni che incrementano il loro stato allergico. Comunque non bisogna generalizzare.

Sulla convenienza delle cure marine per la tubercolosi pulmonare, e quindi sulla opportunità d'istituire Sanatorî sulle coste, c'è molto disaccordo. Alcuni ritengono che possono trarne giovamento solo le forme iniziali, ma l'esperienza ha dimostrato che se ne avvantaggiano anche le forme di media gravità, purchè beninteso ai pazienti sia inibito di fare bagni e sport. Le cure marine giovano ai tubercolotici specie nell'autunno inoltrato e nell'inverno. È ovvio che i sanatorî antitubercolari devono essere costituiti lontano dalle stazioni balneari e in vicinanza di boschi.

Le gravi malattie organiche dell'apparato digerente, l'ulcera o il cancro dello stomaco, le gravi dispepsie, la dissenteria cronica e le altre forme di colite non si giovano del mare, mentre reagiscono favorevolmente le forme funzionali gastro-intestinali. Il mare stimola l'appetito per coloro che soffrono d'inappetenza, regola la funzione intestinale dei sofferenti di stipsi, specie di forme atoniche. Anche i disturbi dispeptici di natura nervosa possono migliorare.

Il mare è stato indifferentemente indicato per le cure sia di dimagramento che d'ingrassamento. Non è dubbio che gli individui grassi con i bagni di mare e con gli esercizi fisici che offrono le stazioni balneari perdono del loro peso. Ma questo non è rilevante nè duraturo: in effetti le perdite sono subito compensate dall'aumento di appetito. Altrettanto può dirsi dell'ingrassamento: ciò che si acquista da una parte si perde dall'altra.

I bambini possono acquistare un po' di peso se soggiornano al mare di primavera o di autunno, quando non è possibile fare i bagni, nè esporsi a lungo al sole.

Il gottoso può andare al mare quando lo sopporta bene. Non di rado il moto gli giova accelerando il suo ricambio materiale. Ma convien tener presente che i bagni di mare aumentano l'acido urico nel sangue anche dei sani. Ciò spiega perchè talvolta i gottosi al mare vedono aumentare i loro accessi. Al fatto forse non è neppure estraneo l'aumento dell'alimentazione e l'abuso di bevande alcooliche.

Anche per i diabetici bisogna essere prudenti nel consigliare le cure marine. Anche nei sani il bagno di mare e di sole produce un aumento della glicemia, e quindi si giustifica come nei diabetici si possa avere un aumento della glicosuria ed un'accentuazione dei disturbi. A ciò bisogna aggiungere che nelle stazioni balneari i diabetici hanno molte tentazioni per non rispettare il regime alimentare che loro conviene.

Nel morbo di Basedow i bagni di mare sono assolutamente controindicati.

L'ipotiroidismo, come del resto tutte le affezioni di altre glandule endocrine, non si avvantaggiano delle cure marine.

Solo nella tetania-spasmofilia sono stati registrati effetti notevolmente favorevoli.

La rachitide dei bambini e la rachitide tardiva degli adolescenti è favorevolmente influenzata dal mare. Le altre osteopatie, e specialmente l'osteomalacia, se ne giovano poco. Per queste, come per altre insufficienze pluriglandolari, il fattore climatico vale poco.

Le cure marine non sono indicate per il reumatismo. Gli individui affetti da artriti infettive di ogni specie, sopra tutto se ancora febbricitanti, non devono fare bagni di mare. Questi sono dannosi anche per tutte le osteoartropatie degenerative, per le mialgie e le neuralgie, a meno che non si tratti di forme allergiche.

I bagni di mare devono essere inibiti agli individui affetti da glomerulonefrite in tutti gli stadii, da nefrosi, da nefrosclerosi, da infezioni croniche delle vie urinarie, nonchè da albuminuria ortostatica.

Naturalmente i bagni di mare sono controindicati per tutte le infezioni acute.

Il clima marino non è adatto per le malattie organiche del sistema nervoso centrale e periferico, nonchè per i loro postumi motori e sensitivi. È stato tuttavia notato che le paralisi spinali e neuritiche dei bambini al mare migliorano rapidamente.

Per quel che riguarda le forme funzionali (isteriche, neurasteniche, ipocondriache) ora si ha tendenza a non essere più così esclusivi nel negare i beneficî delle cure marine. Tutti gli svaghi che offrono le stazioni balneari hanno un'azione psichica decisa nel correggere i disturbi psiconeurotici, mentre d'altra parte la vita all'aria aperta, l'alimentazione sana e abbondante concorrono a ristorare il sistema nervoso centrale. Ciò vale sopra tutto per le forme di neurastenia sessuale.

Certo per gli individui affetti da uno stato di nervosismo indefinibile, eretistici, irritabili, insofferenti e specie per quelli che soffrono d'insonnia il clima ed i bagni di mare non sono i più indicati. Ma anche al riguardo bisogna fare qualche riserva e tentare l'esperienza. Sta di fatto che vi sono individui i quali acquistano al mare tranquillità e sonno.

L'emicrania stessa migliora spessissimo al mare, come in alta montagna, forse in relazione al fatto che molte volte si tratta di un'affezione allergica.

DR.

Ricordiamo l'interessante Monografia:

Prof. FEDERICO BOCCHETTI

Le Colonie sanitarie marine militari.

Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica

(Con 21 figure intercalate nel testo).

Prefazione del Prof. ACHILLE SCLAVO

PREFAZIONE del prof. ACHILLE SCLAVO. — CAP. I. UN'OPERA DI VITA NEL TUMULTO TRAVOLGENTE DELLA CREAZIONE DI SEMPRE NUOVI CONGEGNI DI GUERRA: Perchè sono state istituite. L'Esercito e la Medicina sociale. Economia? Le Colonie ed i Congressi scientifici. — CAP. II. LA TERAPIA MARINA. Considerazioni generali. I climi marini. I bagni di mare. — CAP. III. L'ELIOTERAPIA. L'elioterapia ed i popoli antichi. I moderni elioterapisti. Azione fisiologica e terapeutica della luce solare. Tecnica della cura solare. Metodo per la cura solare. Inconvenienti della cura solare. — CAP. IV. L'EDUCAZIONE FISICA. Scopo a cui deve tendere. Metodo da seguire. Ginnastica e respirazione. Una serie di esercizi. — CAP. V. L'ORGANIZZAZIONE DELLE COLONIE MARINE MILITARI. La scelta dei militari. Il personale addetto alle Colonie. La Colonia nel suo insieme. I servizi generali. Il funzionamento. Il vitto. Il bagno di mare. L'addio alla Colonia. — CAP. VI. I RISULTATI TERAPEUTICI. Determinazione del peso. Perimetro toracico. Capacità vitale pulmonare. Dinamometria. Ricerche sul sangue. Esame clinico dei diversi apparati. Conclusione. — CAP. VII. RICOSTRUZIONE CON FEDE ANTICA E FERVORE NUOVO. — APPENDICE. Le Circolari Ministeriali. Le comunicazioni fatte dal Cap. Bocchetti ai Congressi di Firenze, Roma, Venezia, Losanna, Napoli. La visita di S. E. il Presidente del Consiglio, on. Mussolini, di S. E. il Gen. Cavallero. Elenco degli ufficiali medici che hanno prestato servizio nelle Colonie Marine Militari.

Volume di pagg. VIII-85. Prezzo L. **12** più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al « Policlinico », sole L. **8,75** in porto franco.

Inviare vaglia postale all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto Roma.

DIVAGAZIONI

Acclimatamento e acclimatazione.

Quando un individuo si trasferisce da una zona qualsiasi della superficie terrestre in un'altra con clima differente sostiene una specie di lotta per adattare il proprio organismo alle nuove condizioni climatiche. L'acclimatamento è l'insieme degli atti più o meno rapidi e spontanei a mezzo dei quali l'organismo si mette in armonia con il nuovo ambiente cosmo-meteorologico. L'acclimatazione invece è l'insieme delle provvidenze adottate per realizzare o solo favorire l'adattamento dell'organismo al nuovo clima. Pertanto mentre l'acclimatamento è un fatto spontaneo e naturale, l'acclimatazione è l'insieme degli espedienti voluti e predisposti per secondare, affrettare, o perfezionare l'adattamento spontaneo.

Lo sviluppo enorme, le velocità iperboliche dei nuovi mezzi di trasporto hanno reso la quistione dell'acclimatazione di palpitante attualità.

D'altra parte la congestione demografica delle nazioni civili ha determinato una irrefrenabile espansione verso tutte le zone meno abitate della superficie terrestre, sopra tutto dal punto di vista coloniale.

Immensi territorî lontani e quasi spopolati costituiscono il punto di attrazione, una zona di vuoto verso la quale si precipita la parte demograficamente più densa e compressa con una rapidità ed una violenza che è proporzionale alla facilità del trasporto ed al bisogno economico.

Le regioni verso le quali si determina questa immigrazione sono sopra tutto quelle tropicali. L'Africa con il suo immenso territorio in parte non ancora esplorato costituisce una inesauribile fonte di ricchezza per i popoli delle zone temperate. Il territorio di questo continente è per la quasi totalità accaparrato dalle varie nazioni europee, che ne hanno intrapreso il metodico lavoro di sfruttamento.

Gli individui che vanno nelle zone tropicali devono sostenere dure lotte contro le malattie che infestano quelle regioni e contro le condizioni climatiche.

Al riguardo è bene precisare una distinzione. L'europeo che va nelle zone tropicali può soccombere più o meno rapidamente ad una gran quantità di malattie, alcune delle quali non infestano le zone temperate, e che hanno nei paesi caldi una particolare gravità: malaria, dissenteria, febbre gialla, malattia del sonno, filariosi, bilarziosi, tifo ecc. La lotta contro tali infezioni costituisce un problema d'igiene generale e individuale, la cui pratica, certo, in quelle regioni offre talvolta difficoltà gravi e in certe condizioni anche insuperabili. Il clima nella diffusione delle malattie stesse ha solo un'azione indiretta in quanto la temperatura può favorire lo sviluppo dei germi patogeni o degli animali che ne sono i veicoli trasmettitori, o anche in quanto riduce la resistenza organica.

È ben vero che non si tratta di un mancato adattamento dell'organismo umano ai varî elementi che costituiscono il clima, ma di una sua maggiore recettività ad infezioni verso le quali manca per l'europeo un'immunità progressiva, individuale o ereditaria, che spesso posseggono gli indigeni. Tuttavia non si può negare che il clima possa agire come causa concorrente in quanto può ridurre la resistenza dell'immigrato, indebolire i suoi poteri di difesa e renderlo più facilmente vulnerabile alle infezioni.

Il clima tropicale ha sullo stato generale un'azione marcata e talvolta nefasta.

Il calore e l'umidità eccessiva provocano un indebolimento del corpo e dello spirito. L'attività muscolare viene ridotta perchè provoca un senso di caldo insopportabile, una sudorazione abbondante, cefalea e stanchezza. Anche nel riposo assoluto la pelle dei bianchi è quasi sempre madida di sudore. Anche il lavoro intellettuale provoca cefalea e stanchezza. A lungo andare si determina un indebolimento psichico specie della memoria, una tendenza alla depressione con vari periodi di esaltazione. Questo stato di depressione si manifesta sopra tutto alla fine del periodo delle pioggie, quando la temperatura e l'umidità aumentano.

La facile esauribilità muscolare e mentale dà ragione del fatto che l'attività degli europei nei tropici diminuisce; è stato calcolato che il loro rendimento lavorativo si riduce del 59 %. Questa riduzione del rendimento si attenua con il tempo a misura che l'organismo si adatta al nuovo ambiente.

Una delle principali azioni dell'acclimatamento e che si è potuto meglio precisare è quella riguardante la dispersione del calore.

La regolazione termica si effettua differentemente negli indigeni e negli europei, ed in questi tende ad avvicinarsi a poco a quella dei primi. A causa dell'alto grado di umidità dell'aria l'evaporazione dell'acqua dalla cute e dai pulmoni lungi dall'aumentare come sarebbe necessario per compensare l'aumento di calore, nell'europeo trasferito nei tropici diminuisce. Il raffreddamento della superficie cutanea per conducibilità ed irradiazione è solo del 6 % nei tropici, mentre è del 75 % in Europa.

I negri, viceversa, evaporano più acqua dalla pelle ed irradiano maggiore quantità di calore. Ciò può mettersi in conto di parecchi fattori: la loro magrezza consente una maggiore dispersione di calore perchè la superficie cutanea è relativamente più estesa nei magri che nei grassi; il colore della loro pelle consente una maggiore irradiazione in quanto il più largo assorbimento di raggi luminosi pro-

voca una energica dilatazione dei vasi cutanei e quindi una più larga dispersione di calore. Conviene infine tener conto che la nudità favorisce insieme l'evaporazione del sudore e l'irradiazione del calore dalla pelle.

L'europeo immigrato nei tropici a misura che si avvicina alle condizioni degli indigeni (dimagramento, anneramento della pelle, abbandono parziale di abiti) mette il suo organismo in condizione di meglio tollerare le alte temperature, si adatta in parte sotto questo riguardo al nuovo clima.

D'altra parte durante il periodo di acclimatamento gli atti respiratori dei bianchi nei tropici diventano più frequenti, il che permette la possibilità di evaporazione dalla superficie pulmonare e quindi la sottrazione di calore.

Si riteneva che il ricambio materiale fosse notevolmente influenzato dai fattori climatici e che esso fosse più lento nei tropici che nei paesi temperati, in rapporto al fatto che, diminuita la perdita di calore del corpo, l'apporto di calorie con l'alimentazione dovesse essere minore. Questa opinione era corroborata dalla circostanza che nei climi caldi l'appetito generalmente diminuisce. Si è potuto però constatare che il ricambio non subisce sensibili modificazioni nell'europeo immigrato nei tropici. È stata solo rilevata una riduzione del consumo giornaliero di ossigeno.

Non è dubbio, comunque, che l'alimentazione deve essere opportunamente curata durante l'acclimatamento. Devono essere sensibilmente ridotti i grassi, che sono di difficile digestione nei paesi caldi e sovraffaticano il fegato, ed un po' anche le albumine. L'alcool è assolutamente nocivo per la sua azione sul fegato, per la sua azione sui vasi cutanei, per la sua azione produttrice di calore.

In complesso più che altrove nei tropici conviene l'alimentazione vegetale, specie di frutta.

L'organo che più risente la nefasta azione di un'alimentazione inadatta nei climi caldi è il fegato. È stato constatato su larga scala, come siano facili le insufficienze e le iperemie epatiche, i vomiti biliari, gli itteri nel corso d'intossicazioni e di infezioni intercorrenti.

Non è dubbio che con opportuni accorgimenti l'uomo può adattarsi alla vita nei paesi tropicali. Sarebbe utile che l'adattamento fosse graduale nel senso che prima di fissarsi nella zona che deve raggiungere dimorasse per qualche tempo in località intermedie, a tappe progressivamente più calde. Ciò, per ovvie ragioni, non è sempre possibile. Allora occorre che specie nel primo periodo dell'acclimatamento osservi attentamente le norme igieniche relative al modo di vestire, di mangiare, di lavorare e di ripararsi dal caldo.

Quando sono osservate le condizioni di salubrità e le regole d'igiene particolari al paese, l'acclimatazione riesce possibile e più facile di quel che generalmente si crede.

Hintze riferisce che gli Olandesi stabiliti nelle Antille fin dal 1640 vi prosperano magnificamente. Le donne, egli scrive, sono le più belle di tutte le Antille, e si distinguono per il loro corpo slanciato, i colori freschi, gli occhi azzurri ed i capelli biondi.

Elkington ha studiato la discendenza di nove famiglie, originarie dell'Europa o derivate da meticci di europei, stabilite a Kisser, isola delle Indie Olandesi, da oltre cento anni. Questi individui hanno conservato i loro caratteri etnici, la loro mentalità europea, senza alcun segno di degenerazione.

Naturalmente, gli incroci aiutano molto all'adattamento ai varî climi. Gli spagnuoli hanno potuto facilmente adattarsi alle regioni calde dell'America centrale e dell'America del Sud, perchè la loro razza ha ricevuto in larga proporzione sangue berbero e moro.

Ma, a parte ciò, l'esperienza ha dimostrato come gli europei siano capaci di adattarsi a tutti i climi. I russi guadagnano a poco a poco la Siberia freddissima sostituendosi agli elementi indigeni; i belgi, i francesi, gli inglesi, gli italiani, gli olandesi, i portoghesi popolano in masse le terre africane bruciate dal sole. Oltre alla resistenza organica che loro deriva dalla secolare civiltà, essi possono affrontare gli avversi climi perchè difesi da sapienti mezzi tecnici ed apprestamenti igienici, che consentono di resistere e di superare il periodo più difficile, quello dell'acclimatamento.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Muntsch O. *Leitfaden der Pathologie und Therapie der Kampfgaserkrankungen.* (Guida alla patologia e terapia delle affezioni da gas bellici). II^a edizione. Leipzig, 1934. G. Thieme ed. Pagg. 110. Prezzo M. 9,60.

La seconda edizione della « Guida » del Muntsch apparsa a poco più di due anni di distanza dalla prima, con notevoli aggiunte e miglioramenti, può considerarsi una riprova sia della bontà del lavoro, sia dell'interesse suscitato nel campo della medicina in genere e in quello della medicina militare in ispecie da un argomento di attualità e quasi nuovo come questo.

Al primo capitolo in cui l'A. fa la storia e studia l'evoluzione della guerra chimica, la sua efficacia bellica ed il suo avvenire, seguono quelli sulla tossicologia generale delle sostanze all'uopo impiegate, con la loro suddivisione a seconda degli organi o sistemi che ciascun gruppo di esse suole maggiormente colpire (cute, polmoni, sensorio, occhi) e sulla patologia e terapia speciale delle lesioni stesse.

Gli esiti lontani delle affezioni da gas belli-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ci, la patologia speciale e la terapia degli avvelenamenti da ossido di carbonio, acido prussico, gas nitrosi, derivati del fosforo, in quanto possano svilupparsi dalla deflagrazione di sostanze esplosive in genere, (polveri, dinamite, cotone fulminante); uno schema per la rapida diagnosi dei gas deleterii, a seconda delle lesioni prodotte, e un altro schema per la cura delle lesioni stesse; le nebbie artificiali, i mezzi di difesa individuali e collettivi formano gli argomenti degli ultimi capitoli.

Il lavoro, che per la chiarezza e per l'ordine dell'esposizione e per l'ampiezza dei fatti documentati rivela la preparazione con cui l'A. si è accinto al suo studio, è corredato da numerose figure in nero ed a colori di cui alcune assai espressive, specie quelle riproducenti lesioni cutanee, pezzi anatomici, preparati istopatologici.

Una copiosa bibliografia dei lavori in lingua tedesca e non tedesca, divisa per argomenti (ed in cui sono ricordate le pubblicazioni di AA. italiani: Businco, Lustig, Rovida) ed un indice alfabetico per materia completano il volume del quale si può equamente dire che, in realtà, corrisponde al programma implicito nel suo titolo, cioè di « Leitfaden » (letter. filo conduttore) attraverso un campo di studii assai vasto ed in parte ancora inesplorato.

V. M.

VILLARET, JUSTIN-BESANÇON et CACHERA. *Recherches expérimentales sur quelques esters de la choline.* Vol. di 254 pagg. Masson et C.ie, édit. Paris, 1934. Frs. 38.

È una esposizione delle ricerche compiute dagli AA. sugli esteri della colina e inquadrata nell'insieme degli studi fin qui compiuti su questo argomento.

Gli esteri della colina studiati, oltre l'acetilcolina, sono la formilcolina, la isobutirrilcolina, la carbaminoilcolina, e specialmente la metilacetilcolina. Dopo una breve trattazione chimica dei derivati della colina, gli AA. passano all'esposizione delle loro ricerche farmacologiche, esposizione corredata da numerosissime grafiche, e divisa in due parti.

Nella prima gli AA. studiano gli effetti degli esteri della colina negli animali. Riportano anzitutto le loro esperienze sulla pressione arteriosa e sulla dilatazione arteriolare, ponendo in evidenza due fatti interessanti, e cioè che gli esteri della colina possono determinare una dilatazione arteriolare senza ipotensione, e che l'ipotensione da essi provocata può in determinate condizioni riguardare solo alcuni distretti vasali (e particolarmente quello cerebrale), fatto questo che può avere utili applicazioni terapeutiche. Segue un capitolo riguardante l'azione degli esteri della colina del cuore, e particolarmente l'« effetto vagale » dell'acetilcolina. Interessanti sono le ricerche degli AA. sull'apparato respiratorio, le quali dimostrano, tra l'altro, come la causa della morte degli animali intossicati da esteri della colina sia la paralisi respiratoria, tanto che spesso la respirazione artificiale può preservare gli animali dagli effetti di dosi letali di queste sostanze. Gli AA. prendono anche in esame l'azione degli esteri della colina sui muscoli lisci, sul vago, su varie secrezioni e sulla composizione del sangue; infine studiano l'azione simile a quella degli esteri della colina di varie acque minerali, le sostanze sinergiche ed antagoniste di questi esteri e la loro distruzione nell'organismo.

Nella seconda parte sono contenute le esperienze degli AA. sull'uomo; sono studiati gli effetti degli esteri della colina sull'apparato cardio-vascolare, sull'apparato respiratorio, e sulle secrezioni, particolarmente sulla secrezione gastrica; secondo gli AA. l'acetilcolina permetterebbe di distinguere le anacloridrie vere dalle relative.

Si tratta dunque di ricerche per la massima parte farmacologiche, rivolte però sempre ad uno scopo ultimo clinico, e principalmente ad eliminare molte delle applicazioni terapeutiche degli esteri della colina che sono state tentate negli ultimi anni, applicazioni che gli AA. definiscono spesso « sorprendenti » e non basate su proprietà farmacologiche stabilite.

MESSINI.

L. DEVRAIGNE. *Propédeutique obstétricale.* Ed. Masson, Parigi, 1935. Fr. 22.

L. DEVRAIGNE. *Pratique obstétricale.* Ed. Masson, Parigi, 1935. Fr. 22.

Nella collezione delle « Iniziazioni mediche » del Masson i due volumetti del Devraigne si completano fra loro, fornendo allo studente e al medico pratico gli elementi della fisiologia e della diagnostica ostetrica, assieme con le nozioni fondamentali di patologia delle gravidanze, del parto, del puerperio e del neonato.

È un riassunto chiaro, moderno, di facile lettura. L'indice analitico ne aumenta la utilità. Le figure (rispettivamente 50 e 39) sono nitide e didattiche. Non sono molte, ma non si possono volere in un testo di 192-244 pagine di piccolo formato!

È il tipo del prontuario che per la sua agilità fa fortuna presso gli studenti o che vogliono ridurre al minimo le loro fatiche, o che, come più desiderabile, lo tengano come un promemoria dopo più sostanziosi studi.

P. G.

Wiener Archiv f. inn. Medizin. Vol. 26, N. 2 e 3. Due fasc. di pagine complessive 320, con 27 fig. Urban e Schwarzenberg, Wien, 1935. Prezzo rispettivo RM. 14,60 e 14.

Diamo un elenco dei lavori più significativi contenuti nella apprezzata rivista. Reperti radiologici del tratto gastro-intestinale nell'ane-

mia perniciosa (R. Pape). Sintomatologia e diagnosi precoce della lues aortica (H. Schlesinger). La sclerosi polmonare (A. J. Antonucci). Il problema dell'eosinofilia (H. Krasso). Il meccanismo respiratorio specialmente dell'asmatico nelle varie altitudini (E. Wittkower e R. Walfer). Anemia ed eritropoiesi nelle malattie leucemiche (R. Klima). Tiroide e circolo (F. Kisck). Fisiologia e patologia della bilirubinemia (K. Fellinger e R. Pfleger). Acido barbiturico e tiroide (I. Zarday). Il reperto dei bacilli di Koch nel liquido di lavatura dello stomaco (E. Hacker e K. Waltis). Il trattamento della tetania paratireopriva (B. Brausil e M. Budak). *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Congresso Internazionale di Stomatologia.

(Bologna, aprile 1935).

Il II Congresso internazionale di stomatologia tenutosi a Bologna nello scorso aprile ci ha mostrato il grande significato che la moderna stomatologia assume nel quadro generale della medicina. Accanto ai problemi esclusivamente tecnici, di puro dominio dello specialista, come quello sui nuovi metodi di protesi parziale e di terapia fisica nella pratica professionale stomatologica, altri ne sono stati discussi, che toccano più da vicino il medico generico e che hanno una grande importanza pratica e sociale.

Una magistrale relazione del PINCHERLE (Bologna) sulle *ripercussioni dentarie della nosologia infantile* si occupa specialmente degli stati costituzionali diatesici e della distrofia rachitica, che può arrivare fino a distruggere l'abbozzo dentario. Notevoli ripercussioni sull'apparato dentario possono avere la tetania infantile e le avitaminosi, fra cui specialmente lo scorbuto.

Di grande importanza è il rapporto fra ghiandole endocrine e sistema dentario, a proposito del quale due diverse vedute si contendono il campo. Quella di Travus Kalz (Leningrado) secondo cui l'attività di ogni ghiandola o di ogni gruppo di ghiandole si riflette sulle singole parti del sistema dentario e quella di Pende, che assegna soltanto alla tiroide, alle gonadi ed al pancreas l'azione su tale sistema. La tiroide agirebbe agevolando, le gonadi sarebbero invece inibitrici, mentre la parte insulare del pancreas presiederebbe al tessuto di fissazione e la sua deficienza sarebbe responsabile della piorrea alveolare. Si comprendono le notevoli ripercussioni nel campo pratico, che possono avere tali vedute, per correggere mediante l'alimentazione ed adatti rimedî le varie deviazioni.

Gli intimi rapporti, che legano il sistema dentario a tutto l'organismo sono anche messi in rilievo dai due temi di relazione sui « *Fattori costituzionali nell'eziologia e terapia del paradenzio* » e sull'*indirizzo biologico nella terapia ortodontica*, su cui hanno rispettivamente riferito, fra gli altri, gli italiani BERGAMINI (Firenze) e MAGGIONI (Milano). Della massima importanza risulta anche in questo campo la predisposizione individuale connessa con disturbi umorali, con cattivo funzionamento delle ghiandole endocrine, con alterazioni del sistema nervoso vegetativo. La terapia ortodontica — che non mira soltanto all'estetica, ma che ha un grande significato per la respirazione, la masticazione e la favella — non deve esaurirsi in un'applicazione puramente meccanica, ma tener conto dei concetti della scuola costituzionalistica, per armonizzare la correzione meccanica con il tipo morfologico dell'individuo.

La *sepsi dentale*, nel vasto insieme delle infezioni focali, ci mostra ancora una volta la ripercussione, spesso impensata, che le malattie della bocca possono avere sull'intiero organismo. Questo tema di relazione è stato trattato da ALBANESE (Firenze) e MORELLI (Budapest).

Altri temi di relazione, più strettamente stomatologici sono stati « *Il problema clinico del granuloma apicale* » e « *Le osteiti di origine dentale* » su cui hanno riferito MELCHIOR (Kopenhagen), CAVARNI (Bologna) ed altri, facendo rilevare le difficoltà di diagnosi di questa malattia, di cui si distinguono due tipi: 1) la forma sclerosante (inspessimento limitato all'alveolo che si presenta duro come l'avorio) che dà forti nevralgie (nevralgie degli edentati), guaribili soltanto con la resezione ossea; 2) l'osteite paradentale distruttiva, rarefacente, che produce cavità irregolari a punto di partenza di un dente periodontico da tempo estratto, che si estrinseca con forma purulenta con fistola o granulosa senza fistola.

Ma lo studio della stomatologia non ha soltanto rapporti con l'individuo; esso si estende anche agli ascendenti ed ha grande importanza igienico-sociale, come ha dimostrato il DE TONI (Bologna) nel suo rapporto circa la *coordinazione della stomatologia con la puericultura preconcezionale e prenatale*.

Questo Congresso, nel concetto dei medici pratici deve quindi segnare ufficialmente la definitiva scomparsa del « dentista » puramente meccanico, trapanatore di carie ed allestitore di protesi. Funzione importantissima che richiede doti non comuni di abilità, ma figura secondaria nel campo della stomatologia, la quale si riallaccia così strettamente con la fisio-patologia e con tutto il complesso della medicina. Dalla stretta collaborazione del medico pratico con lo stomatologo si avranno indubbî vantaggi per l'individuo e per la società. *fil.*

Società Medica di Bologna.

Seduta del 10 maggio 1935.

Presidente: prof. G. MORIANI.

Osservazioni sulla distrofia muscolare neurale e alterazioni dei rifiessi pupillari.

G. DELL'ACQUA. — L'O. studia da un punto di vista clinico-genetico tre fratelli affetti da atrofia muscolare neurale. Il parentado mostra un tipo di trasmissione ereditaria dominante irregolare, non sesso obbligato.

La genopatia inizia tra il secondo e il terzo decennio con disturbi sensoriali e motori all'estremo distale degli arti inferiori, esacerbantisi col freddo.

Da un punto di vista bio-chimico i pazienti mostrano un comportamento pressochè normale.

Costituzionalmente appartengono al tipo longilineo ed è in loro, di segno negativo, il rapporto perimetro-dinamometrico di Viola.

Interessante l'associazione nei tre fratelli del quadro oftalmoplegico interno (preceduto in un caso dal segno di Argyll-Robertson).

Discussione: proff. G. G. PALMIERI, PINCHERLE.

Determinazione chimico-quantitiva degli urati nei reni di feti umani nati vivi e nati morti.

F. BALLOTTA. — Su di una serie di reni di feti umani a termine, gli uni nati vivi e gli altri nati morti, sono stati dosati chimicamente l'acido urico e gli urati in essi contenuti. Da queste ricerche è risultato che la quantità di tali sostanze non ha mostrato alcun rapporto costante, nè con l'avvenuta respirazione, nè con la presenza nei reni degli infarti urici; per questo si deve ammettere che tanto la quantità dell'acido urico, quanto la presenza degli infarti urici, non hanno alcun valore ai fini docimastici.

Modificazioni dell'attività granulopessica in animali operati di tiroidectomia totale.

R. GALLI. — Studiando il comportamento di svariati organi di cavie totalmente stiroidate e di cavie di controllo, trattate in vita con colori vitali acidi introdotti per la cavità endoperitoneale, per la vena giugulare e per il tessuto sottocutaneo, giunge alla conclusione che l'asportazione totale della ghiandola tiroide esalta il potere granulopessico degli elementi di origine mesenchimale e rallenta l'eliminazione delle sostanze a convenzione anodica dall'organismo.

Discussione: prof. BRUNI.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 10 maggio 1935 - XIII.

Presidente: Prof. T. TERNI.

La tubercolosi vista da un pediatra.

Prof. DANTE PACCHIONI. — L'O., dopo aver riassunto le peculiarità delle forme che assume l'infezione tubercolare nell'infanzia, illustra le ragioni della scarsa resistenza dei bambini fino ai 2 anni e quelle del particolare modo di svolgersi delle reinfezioni.

Nel corso di questa esposizione l'O. ha avuto campo di esprimere le sue vedute personali sulla patogenesi dell'infezione tubercolare nel bambino.

Seduta del 17 maggio 1935 - XIII.

Presidente: Prof. T. TERNI.

A proposito della costituzione anatomica del palato molle dell'uomo.

Dott. F. STOCCADA. — L'O. comunica i risultati di alcune ricerche anatomiche sul palato molle dell'uomo, da lui fatte ancora nel 1915 e di recente confermate dal Reustello. Si compiace che trattatisti italiani come Chiarugi, Bertelli, Pensa, Favaro abbiano accettato alcuni suoi dati relativi all'anatomia di questa regione, mentre fa notare che incontra ancora una certa opposizione la descrizione dell'apparato muscolare quale risulta dallo studio delle sezioni microscopiche seriate.

Roentgenirradiazioni e vasomotilità laringea.

Prof. F. RUBALTELLI. — L'O. ritiene che è possibile ottenere mediante roentgenirradiazioni, a piccole dosi, una diffusa uniforme e persistente vasodilatazione delle mucose oro-faringo-laringee. Vasodilatazione che modificando il terreno, migliora la nutrizione delle mucose, ne eccita il trofismo rendendole maggiormente atte ad opporsi e a difendersi contro le infezioni che quotidianamente tentano di aggredire questo delicato distretto del nostro organismo.

Ricerche anatomoradiografiche sui dotti pancreatici.

Dott. W. CIROLINI. — L'O. ha iniettato 33 pancreas umani attraverso la papilla maggiore con liquido opaco ai raggi X, composto di minio in olio di trementina ed ha ottenuto nei radiogrammi il quadro completo delle vie di escrezione del pancreas: oltre che il condotto maggiore e gli affluenti ha potuto iniettare anche il condotto accessorio (Santorini), che ha trovato sempre presente nei radiogrammi, occupanti la zona più craniale della testa del pancreas.

Solo 3 volte sui 33 casi è stata dimostrata la pervietà dello sbocco del dotto di Santorini. Tutte le altre volte il c. accessorio affluiva nel dotto principale. Il territorio d'origine del Santorini e l'aumento del suo calibro via via che esso si avvicina al condotto maggiore fanno pensare che la corrente proceda verso questo e non direttamente verso il duodeno, come è ritenuto dai più.

Dott. G. RENOSTO. — *Azione della luce sui muscoli striati previa sensibilizzazione con un fotocatalizzatore. I. Il tempo di eccitazione latente.*

Azione dei sieri agglutinanti sulle proprietà biologiche dei germi.

Dott. G. RENOSTO. — L'O. ha studiato l'influenza che esercitano sieri immuni, omologhi e eterologhi, e normali su di alcune proprietà biologiche del B. Coli. In base ai risultati ottenuti ritiene che i sieri immuni omologhi e soltanto questi attenuino l'attività fermentatrice dei germi in esame.

Il Segretario.

Nei prossimi numeri pubblicheremo:

SINFISI CARDIACA.
ESITI DELLA OPERAZIONE DI BRAUER
Lezione del Prof. GIUSEPPE JONA
medico primario dell'Ospedale Civile di Venezia
tenuta nella Scuola Pratica di Medicina e Chirurgia « A. Minich »

CONTRIBUTO ALLA RICOSTRUZIONE PLASTICA TOTALE DELL'ESOFAGO
Prof. GUIDO EGIDI
Chirurgo primario nell'Ospedale « S. Spirito » di Roma.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'ulcera peptica.

L'ulcera peptica continua a far versare fiumi d'inchiostro, sia per la sua natura come per il suo trattamento. E. S. Emery e R. T. Monroe (*Archives of intern. med.*, febbr. 1935) portano un ulteriore contributo, basato sulla osservazione di 1435 casi (di cui 1167 gastrica, 215 duodenale e 53 gastro-duodenale). Tale malattia tende a persistere per molti anni, una volta che si è stabilita ed è causata da fattori finora ignoti; sembra che vi sia qualche cosa d'altro oltre la lesione mucosa locale, che guarisce spontaneamente od in seguito alla cura e che nuovamente si riforma. La malattia è raramente fatale e generalmente non abbrevia la vita. Alcuni individui vanno soggetti a complicazioni, ma la media non peggiora col tempo.

È dimostrato che nessuno dei metodi di trattamento, per quanto seguìti scrupolosamente, o nessuna operazione fanno più che dare delle remissioni. Gli interventi chirurgici lasciano dei periodi più lunghi che il trattamento medico; ma portano anche la conseguenza di un metodo speciale di vita e spesso creano delle situazioni che rendono più difficile il trattamento di ulteriori attacchi.

Gli AA. propongono un metodo di trattamento anche relativamente economico richiamando soprattutto l'attenzione sulla necessità di dirigere bene la vita del paziente, nel senso di ridurre al minimo i fattori che possono provocare ricadute, specialmente la fatica, l'ansietà e le infezioni.

L'intervento chirurgico va riservato per definiti scopi, specialmente per la perforazione o per superare un'occlusione permanente, quale può risultare dall'esame fluoroscopico 6 ore dopo la pappa di bario, oppure per combattere una tendenza emorragica, nonchè nei casi di sospetta degenerazione cancerosa. L'operazione va scelta in modo da disturbare il meno possibile la funzione fisiologica dello stomaco; in seguito, il paziente va trattato come tutti i pazienti ulcerosi non operati.

Particolari cure si avranno nei periodi di ipersecrezione; durante essi, l'operazione sarebbe disastrosa.

fil.

La tubercolosi intestinale.

R. S. Boles e J. Gershon-Cohen (*British med. Journ.* 11 maggio 1935) hanno fatto uno studio per mettere in chiaro i rapporti esistenti fra tubercolosi polmonare ed intestinale, basandosi sopra 1000 autopsie. Hanno trovato che la tubercolosi intestinale ulcerativa ha la massima frequenza nei casi di forma polmonare fibro-ulcerativa. La minima frequenza, invece (18 %) si ha nella forma essudativa. Non si è mai trovata nella tubercolosi cronica fibrosa, nè in quella miliare; così pure, non è mai stata osservata una tubercolosi intestinale primaria iperplastica od un tubercoloma dell'intestino.

Data l'incertezza dei segni e dei sintomi della tubercolosi intestinale, gli AA. ritengono che la diagnosi di probabilità possa basarsi essenzialmente sulla relativa frequenza della tubercolosi intestinale nelle varie forme di quella polmonare, confermando poi la diagnosi mediante il doppio contrasto con il clistere di bario, facendo due osservazioni, prima e dopo l'evacuazione. Può anche servire bene la introduzione di aria nel colon sotto controllo fluoroscopico, dimostrandosi in tal modo il contorno anormale e le irregolarità del colon, come pure qualsiasi stenosi del digiuno o dell'ileo, potendosi rivelare ogni lesione per quanto minima.

fil.

A proposito di 3 osservazioni di infarti intestinali.

Massion e Bastin (*J. Belge d. Gastro-enterologie*, t. III, n. 1, p 35, 1935) riferiscono tre casi di infarti intestinali, importanti per la diagnosi e per la etiologia:

1) D., a. 50, che da alcune settimane avvertiva piccoli dolori notturni. Ventiquattro ore prima dell'osservazione degli AA. la paziente avvertì vivissimo dolore nel mezzo del ventre, che non cedeva con morfina; feci liquide non emorragiche. Viso pallido; non lipotimia. Nell'ipogastrio si palpava una tumefazione a contorno indistinto. La laparotomia dimostrò un aspetto violaceo del tenue e del mesocolon destro, per cui fu richiuso l'addome e la paziente venne a morte.

2) Uomo di 56 a., affetto da arterite delle gambe, che presentò bruscamente una sindrome addominale; viso pallido, polso debole, temperatura normale. Vomito mucoso, evacuazioni leggermente diarroiche. Addome leggermente dilatato, non teso, palpazione dolorosa senza localizzazioni speciali. La laparotomia dimostrò una trombosi che interessava tutto il tenue. La diagnosi era basata sugli antecedenti di arterite, sullo stato di schock senza temperatura, nell'enterorragia e nell'assenza di irritazione addominale.

3) Uomo di 29 a., che aveva avuto peritonite tubercolare a 3 anni. Da 15 giorni presentava dolori addominali senza localizzazione; subocclusione. All'operazione si rinvenne un infarto mesenterico corrispondente a 3 metri di tenue, e nella radice mesenterica l'operatore rinvenne un ganglio calcificato. Resezione intestinale. Morte.

Gli AA. mettono in rilievo che la sintomatologia dell'infarto intestinale è la seguente: stato schock, pallore con dolore intenso resi-

stente alla morfina, con o senza enterorragie, non addome teso, ottusità centrale. Se esiste l'enterorragia è da eliminarsi l'invaginazione intestinale dell'adulto. Per la diagnosi del viso si deve pensare alla pancreatite. JURA.

Appendicite paratifosa.

J. Mayer (*Mitt. a. d. Gr. M. u. Chir.*, vol. 43, fasc. 5) ha avuto occasione di osservare due casi di appendicite acuta da paratifo B nella Clinica di Schottmüller, il quale già da anni ne aveva osservato qualche caso. Secondo l'A., si debbono distinguere le appendiciti pure e semplici da paratifo senza che altre localizzazioni del genere dalle infezioni intestinali da paratifo nelle quali o sull'inizio o verso la fine della malattia si hanno localizzazioni appendicolari.

Questi casi si presentano di solito con notevole gravità mentre nei primi il decorso postoperatorio è generalmente buono come nelle comuni appendiciti.

Il germe venne isolato con colture e spesso la sierodiagnosi fu positiva. V. GHIRON.

Il trattamento chirurgico delle emorragie gastriche e duodenali.

La frequente necessità di tale trattamento viene indicata da M. Friedemann (*Münch. Mediz. Wochenschr.*, 16 febbr. 1934). La maggioranza dei medici internisti (Finsterer, Otten e recentemente Schlecht) considerano la cura chirurgica quale « ultima ratio » sia per il grande pericolo dell'operazione eseguita durante o immediatamente dopo l'emorragia, sia perchè questa frequentemente si arresta spontaneamente; l'A., invece rileva che la morte per dissanguamento non costituisce affatto un'eccezione (5,8 % dei casi secondo lo stesso Otten); d'altra parte un'opportuna preparazione (l'infusione endovenosa goccia a goccia, trasfusione di 800-1000 cc.) e una prudente anestesia rendono l'intervento relativamente sicuro. La sua necessità è specialmente evidente quando v'è tendenza a recidive che si ripetono a distanza di poche ore.

A conferma della sua tesi l'A. cita alcuni casi di ematemesi violente in cui l'astensionismo chirurgico causò la morte; a questi contrappone 3 casi in cui l'intervento (resezione) è stato bene sopportato, pur essendo, specie in un caso di ulcera peptica, piuttosto laborioso.

Comunque, la cura chirurgica se anche non ha la sua indicazione assoluta nell'emorragia gastro-duodenale, non dev'essere senz'altro scartata, come purtroppo di solito avviene nei casi del genere. S. MINZ.

Le indicazioni generali dei calmanti per la tosse.

La tosse è una reazione di difesa e, quindi, non va combattuta se non quando sia troppo violenta, disturbi l'alimentazione od impedisca il sonno.

La scelta del medicamento adatto va fatta secondo i criteri seguenti.

L'oppio è indicato nelle tossi di origine bronco-polmonare (bronchiti e tracheo-bronchiti acute dell'adulto alla fase iniziale). Quando la tosse diventa « grassa » e compare l'espettorato, si possono associare gli espettoranti; in tal caso la polvere del Dover può essere assai utile. Gli oppiacei, nella polmonite, cortico-pleurite e pleurite, hanno il triplice vantaggio di calmare la tosse, il dolore e la dispnea.

La belladonna si somministrerà nelle tossi spasmodiche di origine laringea e nella tosse accessionale « ferina » senza espettorazione delle laringiti acute catarrali. Lo sciroppo, per la concentrazione relativamente elevata dell'alcaloide, va prescritto insieme ad altri (p. es.: Scir. di belladonna g. 30, scir. del tolù g. 120; 4 cucchiaini al giorno, per un bambino di 5-6 anni).

L'aconito è indicato nelle tossi delle laringo-tracheiti spasmodiche od influenzali dell'adulto. Preferibile la tintura a X-XV gocce alla volta, in un infuso caldo, non oltrepassando le 50 gocce giornaliere.

I bromuri sono consigliati nelle tossi nervose e spasmodiche, specialmente secondo Xavier (*Journ. des praticiens*, 30 marzo 1935) nell'accesso di laringite stridula del bambino, per la quale è bene associarvi anche l'antipirina. *fil.*

SEMEIOTICA.

Il rapporto dell'urea come misura della funzione renale.

I saggi della funzione renale (H. Mosenthal e M. Bruger, *Arch. of Intern. Medic.*, marzo 1935) sono di due tipi: quelli che determinano il potere di diluire e concentrare le urine e quelli che misurano la capacità del rene di eliminare prodotti di escrezione. Quelli del primo gruppo sono bene stabiliti e rispondono allo scopo, quelli del secondo non sono soddisfacenti.

Nel 1917 Mosenthal e Hiller hanno proposto il rapporto dell'azoto ureico e dell'azoto non proteinico del sangue come indice della quantità di tessuto renale funzionante.

La prova dell'urea clearance di Van Slyke è certamente una prova ottima ed è completata dal rapporto azoto ureico-azoto non proteinico.

Dal 1931 furono fatte 1500 determinazioni dell'azoto ureico e dell'azoto totale nel sangue totale su 307 persone, 200 avevano funzionalità renale normale, 92 erano malate di nefrite, 15 avevano alterazioni renali da occlusione prostatica, o da calcolosi urinaria, o da scompenso cardiaco, da discrasie.

Su 200 persone con funzionalità renale normale, 1 sola presentava rapporto dell'urea inferiore a 20; normalmente la media fu fra 30

e 40, però gli AA. considerano come normale un tasso di 44 o meno. In questi saggi il confronto fra rapporto ureico nel sangue e urea clearance era in perfetto accordo.

Quando la funzione renale è alterata, si hanno cifre di 80 e più.

Nei nefritici si è osservato che mentre l'urea clearance diminuisce il rapporto ureico aumenta. A volte si è visto che il rapporto ureico indica disfunzione renale, mentre l'urea clearance non la dimostra.

Nelle discrasie sanguigne (agranulocitosi, policitemia vera, leucemia) il rapporto ureico è alto, probabilmente per distruzione di cellule del sangue e aumento dell'azoto nel torrente circolatorio.

I malati di fegato hanno un rapporto ureico basso.

Il saggio della funzionalità renale col rapporto ureico non subisce modificazioni dovute alla dieta o al vomito o alla diarrea ed ha il vantaggio di potersi eseguire su un solo campione di sangue e di non richiedere un lungo periodo di osservazione del malato. È quindi un saggio facilmente applicabile in clientela privata e in ospedale.

La formula usata per questo rapporto è:

$$\frac{100 \times \text{azoto ureico}}{\text{azoto non proteinico.}}$$

R. Lusena.

MEDICINA SCIENTIFICA

Un tentativo di dimostrare l'esistenza di una sostanza ipertensiva nel sangue nell'ipertensione maligna.

R. S. Aitken e C. Wilson (*The Quarterly Journ. of Medec.*, aprile 1935) parlano di ipertensione maligna in quei casi di malati che soffrono di ipertensione ritenuta dapprima essenziale e in cui successivamente si manifestano in modo insidioso fatti di insufficienza renale. Questi casi sono quelli che Volhard chiama di ipertensione pallida, per distinguerli da quelli di ipertensione rossa. L'ipertensione rossa dipende, secondo Volhard, da diminuita estensibilità delle arterie per alterazioni delle loro pareti, mentre la bianca dipende da una vasocostrizione dovuta ad un'ipotetica sostanza ipertensiva circolante nel sangue.

Le ricerche fatte dai collaboratori del Volhard per accertare l'esistenza di questa sostanza ipertensiva sono scarsamente dimostrative.

Gli AA. ripeterono gli esperimenti del Bohn e dalle loro ricerche sono indotti a criticarli. Essi non ottennero nei gatti aumento della pressione coll'iniezione endovenosa dell'ultrafiltrato di plasma sanguigno di ipertesi e quindi dubitano dell'esistenza di questa sostanza.

R. Lusena.

POSTA DEGLI ABBONATI

La debolezza sessuale dei diabetici. — Al dottor A. B. di B., abb. n. 2935:

Non è raro constatare nel corso del diabete un indebolimento del desiderio e della potenza sessuale. Il fatto è in relazione allo stato astenico che costituisce uno dei sintomi della malattia.

Il disturbo provoca uno stato di preoccupazione e di depressione, che a sua volta aggrava l'incapacità erotica. Si stabilisce un circolo vizioso che può essere rotto con la cura della malattia fondamentale, con la psicoterapia, e con la somministrazione di eccitanti ed afrodisiaci, quali la stricnina e la yohimbina.

Dr.

VARIA

I fari gialli per le automobili.

Si vedono di notte delle automobili lussuose ed eleganti precedute da fasci di luce gialla. Usano esse i fari gialli per snobismo, o per buone ragioni pratiche?

L'abbagliamento prodotto dalla luce bianca intensa che colpisce direttamente l'occhio, dura qualche secondo e in questo tempo una macchina che proceda a 60 km. l'ora percorre un bel tratto di strada... se non è fermata da un ostacolo non visto. Invece l'abbagliamento prodotto dalla luce gialla dura assai meno: in un tempo 6-7 volte minore la retina si riadatta completamente alla visione normale, e quindi il disorientamento risulta assai minore.

Inoltre la luce gialla possiede un maggior potere di penetrazione attraverso la nebbia e permette di distinguere meglio la forma degli oggetti; perciò tutte le macchine, le nuove per lo meno, dovrebbero possedere fari a luce gialla, che riduce i pericoli tanto per gli automobilisti quanto per i pedoni.

La luce gialla si ottiene sia usando fari con vetro giallo, sia ricorrendo a lampadine con vetro giallo, che assorbe gli altri raggi e lascia passare solo i gialli. Si è anche proposto di usare lenti gialle, ma, oltre ad essere meno pratiche, sono meno efficaci.

Del problema ebbero già ad occuparsi gli *Annali d'Igiene* (allegato).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

L. Ajello. *Tessuto granulomatoso similtubercolare nella infezione sperimentale da brucella melitense.* — Tip. Santi Andò, Palermo, 1934.

R. Solé. *Maladie ulcereuse sans ulcere.* — Tip. A. G. Buffarini, Buenos Aires, 1934.

R. F. Vaccarezza, A. J. Galli y I. Leston. *Eficacia controlateral del neumotorax artificial.* — Imp. Spinelli, Buenos Aires, 1934.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

V. - Licenziamento per fine di prova dei sanitari ospedalieri.

Argomento molto delicato e, praticamente, difficile. Anche se lo statuto o il regolamento non stabilisca l'obbligo della motivazione almeno generica, è efficace, per le istituzioni pubbliche di beneficenza, l'art. 49 del regolamento 5 febbraio 1891, n. 99, il quale prescrive che « i processi verbali delle deliberazioni devono *essere sempre motivati...* ». La motivazione deve avere un contenuto; non può essere tanto generica che si risolva in una formula adattabile a qualsiasi caso e deve riferirsi al risultato della prova. Ma non deve essere specifica, almeno tanto che degeneri in una contestazione lesiva del sanitario o, peggio, attribuisca fatti disciplinari. Praticamente è assai difficile motivare evitando due scogli: la genericità e la specificità. Recentemente si è verificato questo caso: l'Amministrazione dell'Ospedale di Bra, applicando l'articolo 147 del regolamento organico che prevede la dimissione per fine del periodo di prova, licenziò, con deliberazione motivata, il direttore e chirurgo primario, così giustificando il suo atto: « l'esperimento non è riuscito favorevole e *la esuberante attività* del sanitario stesso poteva essere causa di perturbamento del regolare funzionamento del servizio ».

La V Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 7 luglio 1934, n. 773, ha ritenuto legittimo il provvedimento. Ha fissato anzitutto, questo criterio negativo: « è necessario che l'Amministrazione concili il precetto del regolamento con la cautela di non fare affermazioni che richiedano un previo esperimento di contraddittorio disciplinare e che comunque possano ledere la rispettabilità professionale del sanitario di fronte alle giuste ripromesse di lui per una diversa sistemazione ».

Ha soggiunto che difficile è, invece, il criterio *positivo* e si è limitata ad avvertire che « della difficoltà è da tener conto nel valutare la opportunità e la idoneità della formula agli effetti della motivazione prescritta ». È poco. Riferendosi poi al caso concreto, dice la sentenza che la motivazione « *se non è esaurientemente esplicita*, come idealmente avrebbesi potuto desiderare, non può dirsi neppure così vuota da far ritenere che la motivazione sia venuta a mancare del tutto; infatti, tale formula (cioè quella sopraindicata) contiene innanzi tutto la ferma espressione di un fatto, che cioè la prova non era riuscita favorevole. A questa dichiarazione si è pensato di togliere ogni forza considerandola come petizione di principio; ma qui il riferimento a questa figura di sofista non è stato fatto ben a ragione, L'affermazione recisa del contrario esito della prova è un apprezzamento che ha di per sè valore ai fini della dimissibilità di un sanitario, anche senza la manifestazione delle ragioni che la giustificano, tanto è vero che nei casi in cui la motivazione non è d'obbligo, come nei confronti dei medici condotti, tale apprezzamento è sufficiente a legittimare la deliberazione di licenziamento per fine del biennio di prova. Non è, quindi, da confondere la regolarità formale della formula con la efficacia sostanziale di essa. La seconda parte della formula dice qualche cosa di più. Quell'avverbio cupulativo *anche*, che è stato trovato fuori di posto, sta invece a chiarire che agli apprezzamenti non favorevoli attinenti al comportamento nel servizio di istituto, si sono aggiunti altri, concernenti la esuberanza dell'attività, che poteva diventare causa di perturbamento al regolare funzionamento dell'opera pia ospedaliera. Tra la prima e la seconda parte, la formula acquista una consistenza sufficiente, valutata sempre alla stregua della difficile conciliazione dell'obbligo regolamentare, con le cautele di doveroso riguardo che sopra sono state accennate ». Sin qui la decisione.

Ne è evidente lo sforzo logico. La prima affermazione, che cioè la prova non sia riuscita, è inconsistente, dal punto di vista del contenuto sostanziale: esprime piuttosto la *causa* del provvedimento. L'accenno « all'attività esuberante » è troppo soggettivo, è generico e non sembra sufficiente a giustificare così grave provvedimento, anche se la esuberanza sia segnalata dall'Amministrazione in rapporto alla *possibilità* (si noti) di perturbamento del servizio.

È qui da ricordare un caso analogo. La Congregazione di Carità di Anagni licenziò il direttore e chirurgo primario dell'Ospedale per fine di prova con questa motivazione: « l'esperimento non è riuscito conforme ai desideri dell'Amministrazione ».

Non c'era altro accenno meno generico: da questo punto di vista la deliberazione dell'Ospedale di Bra si differenzia da quella della Congregazione di Anagni. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 8 luglio 1933, n. 433, dichiarò illegittimo il licenziamento. Premesso che, per effetto dell'art. 49 del regolamento 5 febbraio 1891, n. 99, la motivazione è necessaria, soggiunse così: « il provvedimento, col quale si dimette l'impiegato per fine di prova, è atto indubbiamente informato a latitudine di potere discrezionale, che però è sempre subordinato alla liceità dei mo-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

tivi e all'obbligo della menzione di essi. È riconosciuta dalla giurisprudenza, interpretativa di codesta speciale forma di scioglimento del rapporto di impiego, la necessità del concorso di una *motivazione obbiettiva* che esprima, quindi, giudizi trascendenti dai particolari fatti che rivelino trasgressione ai doveri di ufficio, perseguibili disciplinarmente. Non soddisfa però nè l'esigenza dell'art. 49 nè la citata giurisprudenza la motivazione obbiettiva ma siffattamente generica da mancare di qualsiasi contenuto concreto. La motivazione che, come nella specie, si limita a denunciare che l'esperimento non sia riuscito conforme ai desideri dell'Amministrazione, senza indicazione di ragione alcuna, si risolve in una tautologia che potrebbe riflettere l'arbitrio illimitato della Amministrazione. Essa non ha altro significato che l'esperimento è fallito perchè è fallito ».

Abbiamo ricordato questa sentenza non recente, a proposito dell'altra concernente la deliberazione dell'Ospedale di Bra, perchè ci sembra che, pur non essendo identici i due casi, l'applicazione pratica dei criteri direttivi sia alquanto diversa. Ha riconosciuto in sostanza il Consiglio di Stato che anche la deliberazione dell'Ospedale di Bra era povera di contenuto. Infatti l'accenno generico ad esuberanze di attività è prevalentemente soggettivo, indeterminato ed equivoco. Forse si alludeva ai rapporti tra il direttore e l'Amministrazione. Ma, prescindendo dal caso particolare, vogliamo dire che la decisione 7 luglio 1934, n. 773, qui annotata, non stabilisce un precedente di massima. Rimane immutato il criterio che risulta dalla precedente decisione 8 luglio 1933, n. 433.

Risposte a quesiti per questioni di massima.

13° *Dott. G. D'A. da L.* (abbonato N. 9186). — La spesa per i certificati-denunzie e quella per i certificati di continuazione e termine della malattia è a carico dell'istituto assicuratore.

Se l'opera di assistenza è richiesta dall'Istituto, la remunerazione è da esso dovuta. Qualora, invece, l'opera del medico sia richiesta dall'infortunato, non è dovuto compenso se questi sia povero, se abbia, cioè, diritto alla cura gratuita; altrimenti, deve esso rimunerarla.

L'esercente l'azienda ha soltanto l'obbligo di fornire tutti i mezzi a sua disposizione per far trasportare l'infortunato nel luogo ove possa ricevere le prime immediate cure o per condurvi il medico. Si intende, deve fornire il mezzo di trasporto all'ammalato o al medico o all'uno o all'altro.

14° *Dott. Ettore Andr. da C.* (abbonato N. 6994). — A norma del regolamento 21 novembre 1918 n. 1889 i sanitari devono rilasciare certificato, nel caso di infortunio agricolo, qualora la lesione possa avere per conseguenza una inabilità superiore a cinque giorni e, in ogni ipotesi, devono prestare i primi soccorsi urgenti, qualunque sia il Comune al quale l'infortunato appartenga. Se la inabilità ha durata superiore a 10 giorni, il sanitario deve inviare ogni dieci giorni e al termine della malattia all'istituto assicuratore, per mezzo dell'ufficio postale, un certificato che accerti la continuazione e la fine della malattia e fornisca tutte le altre indicazioni richieste.

La spesa per i certificati-denunzia e quelli di continuazione e termine della malattia è a carico dell'Istituto assicuratore.

Se l'infortunato ha diritto all'assistenza gratuita non è dovuta rimunerazione per i primi soccorsi urgenti. In ogni altro caso valgono le norme comuni, non essendo applicabili le disposizioni concernenti gli infortuni industriali.

Per le malattie professionali, l'Istituto assicuratore richiede e rimunera l'assistenza e gli accertamenti che esso ritiene necessaria: R. D. 13 maggio 1929, n. 928. La denunzia è obbligatoria e non dà diritto a compenso.

Se il Podestà non provveda alla revisione dell'elenco degli aventi diritto all'assistenza gratuita, il medico condotto può reclamare al Prefetto per gli opportuni provvedimenti.

15° *Dott. Al. Tanc. da T.* (abbonato N. 8586). — Sono persuaso che la disposizione dell'art. 96 del regolamento 12 febbraio 1911 n. 297 per l'esecuzione della legge comunale e provinciale non sia applicabile ai concorsi indetti dai consorzi provinciali antitubercolari.

Non credo che si verifichi un caso di analogia tanto più che come Lei esattamente rileva, l'articolo 144 dello stesso regolamento estende agli impiegati provinciali le disposizioni degli art.li 89, 92 ecc. e non vi comprende quella dell'art. 96.

16° *Dott. Quint. S. da R.* (abbonato N. 8997). — La circolare 4 giugno 1934 n. 16456 chiarisce soltanto il dubbio relativo all'applicabilità della riduzione stabilita dai decreti 1930 e 1934 agli stipendi minimi dei sanitari condotti. Si ritenne che questo limite non fosse modificabile, cioè riducibile. Ora, invece, il Ministero delle Finanze, con risoluzione accettata dal Ministero dell'Interno, ha avvertito che anche gli stipendi minimi sono soggetti alla riduzione. Ma ciò non riguarda la condizione stabilita dal decreto 1934 agli effetti della riducibilità dello stipendio. Se questo non raggiunge la somma di L. 500 mensili, non è modificabile. È soggetta invece a riduzione la indennità per il servizio di vigilanza igienica.

Il libero esercizio non è valutabile.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Le norme legislative sulla trasfusione di sangue e sull'uso di siero di sangue umano.

La crescente diffusione dell'impiego a scopo terapeutico di sangue umano o di siero di sangue umano, sia nella trasfusione di sangue vera e propria, sia nel trattamento di alcune malattie infettive con siero umano di convalescenti o di guariti, ha reso necessario, ai fini della tutela della salute pubblica, di emanare disposizioni dirette ad impedire che la suddetta applicazione possa riescire comunque dannosa a coloro che ne sono oggetto.

A ciò si è provveduto col Decreto del Ministero dell'Interno del 3 giugno scorso, portato a conoscenza dei Prefetti con circolare del giorno successivo della Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Illustriamo brevemente le disposizioni del decreto, che è opportuno siano conosciute da tutti i medici.

Il decreto stabilisce che la preparazione, a scopo curativo o profilattico, di sieri di convalescenti o di guariti da poliomielite anteriore acuta, morbillo, scarlattina od altre malattie infettive, è soggetta alle stesse norme che regolano la fabbricazione, la vendita e l'impiego dei sieri, vaccini e prodotti assimilabili, contenute negli art. 180 a 188 del T. U. delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265. Inoltre la raccolta del sangue umano e la preparazione del siero non possono esser fatte che da speciali centri di raccolta o da istituti autorizzati, previ opportuni accertamenti, dal Ministero dell'Interno. I datori di sangue, per la preparazione dei sieri suddetti, devono essere di età superiore a 10 anni, di tipo costituzionale sano ed esenti da lue, tubercolosi, malaria ed altre malattie infettive.

I datori di sangue a scopo di trasfusione devono essere individui riconosciuti idonei ed appartenenti ad un gruppo sanguigno compatibile con quello dell'individuo ricevente. Per l'idoneità, da rigorosi accertamenti clinici e di laboratorio, deve risultare:

a) la sana costituzione del donatore;

b) il gruppo sanguigno coll'indicazione della classificazione adottata;

c) l'assenza di malattie trasmissibili (sifilide, tubercolosi, malaria) constatate con esami eseguiti da istituti scientifici universitari od ospitalieri, da medici o da istituti privati autorizzati dal Prefetto.

L'Ufficio Sanitario comunale tiene un registro dei datori volontari o professionali di sangue; l'iscrizione nel registro è fatta dall'ufficiale sanitario, previo accertamento della sufficienza, ai fini sanitari, dei documenti presentati. Agli iscritti è rilasciata dal Comune una tessera di riconoscimento nella quale sono riportati i risultati della visita medica e degli accertamenti iniziali e successivi e particolarmente della determinazione del gruppo sanguigno, e sono indicate le trasfusioni date. Il datore deve sottoporsi, almeno ogni trimestre, a visita di controllo, sotto pena di ritiro della tessera in caso di inosservanza.

In attesa che venga istituita una tessera uniforme per tutto il Regno, i Podestà potranno avvalersi delle tessere già redatte dall'Associazione dei volontari di sangue, apponendovi il proprio visto, su parere favorevole dell'ufficiale sanitario.

Il medico che intenda eseguire una trasfusione deve far richiesta del datore all'Ufficio sanitario comunale; in caso d'urgenza, però, può avvalersi anche di datore non iscritto nel registro comunale e che gli risulti idoneo per cognizione propria o per esami praticati rapidamente.

Il Prefetto può autorizzare la costituzione di Associazioni provinciali o di Sezioni comunali di datori volontari o professionali di sangue. Il Ministero dell'Interno, sentito quello delle Corporazioni, può autorizzare la costituzione di un'Associazione nazionale.

Le dette Associazioni sono sottoposte alla vigilanza dell'Autorità Sanitaria e debbono segnalare all'Ufficiale Sanitario i soci che intendono essere iscritti nell'elenco dei datori, comunicando i certificati dell'esame clinico e dei singoli esami di laboratorio, coll'indicazione dell'istituto che li ha eseguiti.

A. FRANCHETTI.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Educazione Nazionale, ha approvato uno schema di R. decreto-legge che apporta modificazioni ed aggiornamenti al Testo Unico dell'istruzione superiore.

Con tale provvedimento sono risolte, in conformità alle direttive del Regime, questioni a lungo dibattute nel campo dell'Istruzione Superiore.

In particolare è abolita la distinzione fra i Regi Istituti di tipo A mantenuti dallo Stato, ed i Regi Istituti di tipo B mantenuti mediante convenzione fra lo Stato e gli Enti: saranno anche questi ultimi Istituti mantenuti dallo Stato, cui vengono all'uopo devoluti i contributi delle provincie, dei comuni e dei Consigli provinciali dell'economia per il mantenimento degli Istituti medesimi, e viene per tal modo eliminata una condizione di incertezza per l'esistenza e per il funzionamento degl'Istituti di tipo B.

La materia degli insegnamenti universitarii è riordinata nel senso di stabilire, con norme di carattere generale, gl'insegnamenti essenziali e perciò obbligatori ai fini del conseguimento delle lauree (insegnamenti fondamentali) da integrarsi con

altri che lo studente sceglierà fra le materie complementari indicate negli statuti.

Per quanto riguarda i trasferimenti e le nomine dei professori e il conferimento degli incarichi d'insegnamento la materia è disciplinata in guisa che, pur tenendosi conto delle iniziative delle Autorità accademiche, spetti sempre al Ministro la responsabilità delle decisioni definitive e possa egli stesso, in determinati casi, sostituire la propria iniziativa a quella delle Autorità accademiche quando ciò sia necessario nell'interesse dell'educazione nazionale e degli studi.

Circa la libera docenza sono dettate nuove norme in modo da evitare la eccessiva specializzazione e da elevare il prestigio dei docenti ai fini specifici dell'istruzione superiore.

Altre disposizioni riguardano gli aiuti e assistenti a carico degl'Istituti, per cui è stabilita, per il trattamento economico e per il mantenimento in servizio, una condizione uguale a quella degli aiuti e assistenti statali, ed è inoltre stabilito il reclutamento mediante concorso statale, potendo i professori ufficiali scegliere liberamente nell'elenco dei vincitori. Presso ciascun Istituto viene istituita un'Opera degli assistenti in modo da premiare l'operosità scientifica dei migliori aiuti e assistenti.

Il Consiglio ha anche approvato uno schema di R. decreto-legge relativo al riordinamento del Consiglio superiore dell'Educazione nazionale, il quale, composto finora di 56 membri e ripartito in sezioni, è ricostituito unitariamente, con 35 consiglieri, ai quali si aggiungono, per un più intimo collegamento con la realtà fascista, i Presidenti delle Confederazioni Nazionali Fasciste. I Direttori generali del Ministero e l'Ispettore generale per l'avviamento professionale faranno ora parte, con voto consultivo, dell'intero Consiglio.

Cronaca del movimento professionale.

Opera Pia Nazionale di assistenza per orfani di sanitari italiani, con sede in Perugia.

L'11 corr. espressamente delegati dall'on. Giulio Salvi, senatore del Regno, Commissario straordinario dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli, sono giunti a Perugia i signori prof. dott. Maiolo Buonaventura e il prof. cav. Luca Di Napoli, vice Commissario, segretario il primo e tesoriere sub-Commissario il secondo, dell'Ordine dei Medici suddetto, ricevuti dal chiarissimo sig. prof. cav. di gr. cr. Cesare Agostini, nella sua qualità di vice presidente dell'Opera Pia Orfani Sanitari in Perugia che ha preso in consegna la somma di L. 110.000 in titoli depositati presso il tesoriere dell'Opera Pia, Monte dei Paschi, quale acconto della somma di L. 150.000 che l'Ordine dei Medici di Napoli si è impegnato di versare all'Opera Pia Nazionale Orfani Sanitari, per la istituzione di un posto permanente nel Convitto di Perugia di patronato dell'Ordine stesso.

Il sig. prof. Agostini ha manifestato, a nome del Collegio degli Orfani, sentimenti di gratitudine.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

In conformità alle disposizioni di legge, entro il mese di maggio sono stati banditi dalle RR. Prefetture i concorsi ai posti vacanti il 30 aprile per i posti di sanitari condotti, ufficiali sanitari, uffici d'igiene e sanità, laboratori provinciali d'igiene e profilassi.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, che devono essere affissi nell'Albo Pretorio della Prefettura che li indìce e dei Comuni interessati, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Campobasso, Foggia, Parma 31 luglio; Perugia, Trieste, Udine 10 agosto; Belluno, Enna 15 agosto; Matera, Varese 20 agosto; Avellino 22 agosto; Grosseto 27 agosto; Ferrara, Pescara, Piacenza, Rieti 31 agosto.

Facciamo anche seguire alcuni altri brevi annunzi.

Arezzo. *R. Prefettura.* — Scad. 3 agosto; concorso a 8 condotte mediche, di cui 3 per Arezzo; concorso ad assistente medico e ad assistente chimico presso il Laboratorio Prov. d'igiene e profilassi.

Avellino. *R. Prefettura.* — Scad. 22 agosto; concorso a 5 posti di ufficiale sanitario. Scad. 26 agosto; concorso a 14 posti di medico condotto.

Belluno. *Ospedale Civile.* — Scad. 20 luglio, ore 18; chirurgo primario; titoli; L. 8500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1500 indenn. c.-v.; percentuali. Chiedere annunzio al Segetario Economo.

Brescia. *R. Prefettura.* — Sono stati banditi i concorsi per 23 posti di medico condotto, 3 di ufficiale sanitario e altri. Scad. 31 agosto, ore 19. L'Ufficio Medico Provinciale invia, a richiesta, copia del bando di concorso.

Brindisi. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio, ore 20; concorsi a 6 posti di ufficiali sanitari (3 comunali e 3 consorziali); stipendi L. 3500-L. 7000; 5 quadrienni dec.; per i consorzi indenn. cavalc. L. 1500. Chiedere copia del bando all'Ufficio Medico Prov.

Brindisi. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio; concorso a 7 condotte mediche, di cui 3 nel Capoluogo.

Cagliari. *R. Prefettura.* — Scad. 15 agosto, ore 12; 14 condotte mediche. Stipendi base L. 6000-L. 10.000. Chiedere copia del bando di concorso all'Ufficio Medico Provinciale.

Cagliari. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 25 luglio; medico direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale; L. 20.000 e 3 quinquenni decimo, oltre L. 5000 serv. att.; età lim. 40 anni; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Presidenza.

Catania. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio; ufficiali sanitari di Castiglione, Giarre e Paternò. Rivolgersi alla R. Prefettura o ai Comuni interessati.

Catania. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio. Concorso alle condotte mediche di: Aci Bonaccorsi, Aci Catena, Arano, Licobia Eubea, Linguaglossa, Ramacca, S. Agata li Battiati, S. Como, Trecastagni. Rivolgersi alla R. Prefettura o ai Comuni interessati.

Cremona. *R. Prefettura.* — Al 30 agosto, ore 18, concorsi a dieci posti di medico condotto (2ª e 3ª categoria); stipendi L. 11.000 (una condotta) e L. 11.500 (9 condotte); indenn. mezzi di trasp. L. 1500 e L. 3500; indenn. ambulat. L. 300 e L. 500;

aumenti periodici; ecc. Chiedere copia dell'avviso di concorso.

FIRENZE. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio. Concorso per titoli ed esame alle condotte mediche di: Carmignano, Figline Valdarno, Firenzuola, Montemurlo, Montespertoli, Prato (2 posti), Vaglia, Vinci. Età limite 35 anni. Rivolgersi alla R. Prefettura o ai Comuni interessati.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Vice primario medico e vice primario chirurgo; L. 5000, detratte le ritenute; nomina fino a 3 e conferme triennali, non oltre 45 anni; concorso riservato al sesso maschile; titoli ed esami; laurea da 4 anni; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 30 maggio. Scad. 30 luglio, ore 15. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale di S. Martino).

GENOVA. *R. Prefettura.* — Scad. 30 luglio; concorso a 11 condotte mediche, di cui 8 nel Comune di Genova.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Aiuto chirurgo, aiuto neurologo e aiuto radiologo; proroga al 30 giugno, ore 17; L. 5000, detratte le ritenute; compartecipaz. per il primo ed il terzo posto; titoli ed esami. Nomina triennale, conferme biennali, fino a 45 anni. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Corso Roma, Sampierdarena).

GROSSETO. *R. Prefettura.* — Scad. 27 agosto; concorso a 8 posti di medico condotto.

LODI. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 30 luglio, ore 17; chirurgo primario; titoli ed esami; stip. L. 12.500 e 6 aumenti del decimo, L. 2500 idenn. serv. att. e L. 3000 indenn. carica; 30 giorni di vacanza all'anno; età limite 45 anni; tassa L. 50. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria.

ORISTANO. *Congregazione di Carità.* — Scad. 10 settembre; primario medico nell'Ospedale Civile; età limite 45 anni; stip. L. 12.000 e 2 sessenni dec., compartecipaz. 35 %. Chiedere annunzio.

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Scad. 31 agosto; concorso a 3 condotte mediche; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1200 serv. att.; tassa L. 50.

TRENTO. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio; concorso a 12 condotte mediche.

UDINE. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio, ore 18; coadiutore e assistente nel reparto med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; stipendi L. 12.500 e L. 11.000, aumentabili; indenn. serv. att. L. 3000 e L. 2000; compartecipaz. 15 % e 10%; tassa L. 50. Per le altre condizioni chiedere copia dei bandi di concorso.

VICENZA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Direttore di Sezione Dispensariale: Posti uno Classe I, stipendio annuo L. 8000, supplemento servizio attivo L. 1000; Posti due Classe II, stipendio annuo L. 6000, supplemento servizio attivo L. 1000. Scadenza 31 luglio 1935-XIII. Documenti di rito. Chiarimenti alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Vicenza.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Su proposta del Capo del Governo, Ministro delle Corporazioni, il sen. prof. Nicola Pende è insignito della croce di Cavaliere dell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Umberto Clerici Bagozzi, in anatomia e istologia patologica; Italo Pisu, in batteriologia e immunologia; Alfonso Chiarello, in clinica chirurgica e medicina operatoria; Carlo Calef e Luigi Migliardi, in clinica delle malattie delle vie urinarie; Franco Colloridi e Francesco Putzu, in clinica ostetrica e ginecologica; Corrado Celfini e Annibale Piccioli, in clinica pediatrica; Camillo Colombi e Antonio Jappelli, in fisiologia; Giuseppe Guidi, in idrologia medica; Oreste Bonazzi, in legislazione e polizia sanitaria; Guido Bracchetti e Braio Fuso, in odontoiatria e protesi dentaria; Alessandro Basilico, Giulio Cerruti, Alberto Giannoni, Serafino Manca, Fausto Penati, Giulio Sotgiu, Carmelo Toscano, Guido Usseglio Mattet, in patologia speciale medica.

NOTIZIE DIVERSE

Convegno idrologico di Fiuggi.

Il 9 giugno ha avuto luogo in Fiuggi un convegno idrologico sull'acido urico.

Invitato dalla S. A. Fiuggi-Anticolana, per la quale facevano con grande signorilità gli onori di casa il presidente Principe Borghese e il consigliere delegato gr. uff. Adelmo Della Casa, un folto gruppo di scienziati, medici e studenti si è recato nella rinomata stazione di cura, dove la riunione si è svolta presso lo Stabilimento dell'Antica Fonte.

Sono intervenuti gli accademici Bottazzi, De Blasi, Giordani e Parravano, il Prefetto, il Segretario Federale, numerosi professori della Facoltà medica di Roma, primari e medici degli ospedali romani, gli onorevoli Castellino, Visco, De Carli e Bonomi, direttore generale del Turismo, e un numeroso gruppo di studenti laureandi in medicina, chimica e farmacia dell'Università di Roma. Erano presenti i sanitari della Fonte proff. Nazari, Ficacci e Silvestri.

S. E. De Blasi, invitato dal Principe Borghese ad assumere la presidenza, rilevò che l'idrologia deve essere ormai considerata una disciplina a sè; gli studi sulle acque minerali hanno interesse non solamente dal punto di vista scientifico, ma sociale e nazionale. Perciò il Governo fascista, sempre intento a mettere in valore le forze e le ricchezze d'Italia, dà a questi studi tutto il suo appoggio e incoraggiamento.

S. E. Parravano, ha comunicato i risultati, oltremodo importanti, delle sue ricerche sopra l'azione esercitata dall'acqua di Fiuggi sull'acido urico in vitro. Il Parravano ha scoperto che l'ossigeno disciolto nelle acque agisce sull'acido urico ossidandolo e quindi distruggendolo. Quest'azione può essere accelerata o ritardata dalle sostanze disciolte nell'acqua insieme all'ossigeno. L'acqua di Fiuggi la accelera in misura rilevante.

Il fenomeno è da attribuirsi all'azione catalitica che esercitano sull'ossidazione le tracce di elementi diversi, litio, rubidio, bario, titanio, vanadio, nichel, manganese, ferro, rame contenuti nell'acqua. E l'efficacia dell'azione terapeutica deve attribuirsi non al basso residuo salino, ma alla natura della mineralizzazione secondaria.

S. E. Bottazzi parlò sull'origine endogena ed esogena dell'acido urico e sulle sue sorti nell'organismo.

Il prof. Frugoni trattò delle cure idropiniche nelle cosiddette diatesi precipitanti, rappresentate principalmente dalla gotta, dalla nefrolitiasi e dalla calcolosi biliare. Egli richiamò l'attenzione sull'importanza non solo curativa, ma anche preventiva delle cure idrominerali; difatti, negli individui

predisposti, una cura idrominerale adatta, eseguita ai primi accenni di disturbi diatesici, può impedire l'insorgere di veri accidenti morbosi.

Infine il gr. uff. Rebucci, presidente della Federazione Termale italiana, rilevò non solo l'importanza scientifica di questo convegno, ma anche il grande valore che ha per la conoscenza del nostro patrimonio idrologico.

Ebbero luogo una colazione offerta dallo Stabilimento ed un ricevimento offerto dal Municipio.

Il 5° Convegno medico di Sirmione.

Indetto dalla Società medico-chirurgica bresciana e con l'organizzazione scientifica dell'Associazione italiana di idroclimatologia si è svolto il 9 giugno questo simpatico Convegno a cui sono accorsi circa 500 medici. È stato inaugurato con discorsi del prof. A. Valenti, del comm. Agostinelli per l'Industria termale, del prof. Troiani, podestà di Sirmione e presidente della Stazione idroclimatica locale. Fra gli intervenuti, il medico provinciale di Brescia, il prof. Raverdino, per la Società medico-chirurgica bresciana, il colonnello Cassinelli, Comandante del Riparto di Alta Velocità di Desenzano del Garda, il dott. M. Migliorati, vice-direttore delle RR. Terme, il prof. Vicini pure delle RR. Terme ecc.

In una magistrale conferenza, detta su un tono bonario di conversazione, il prof. Adolfo Ferrata ha trattato l'argomento sul « Vecchio e nuovo in tema di nefropatie », facendo rilevare le analogie fra le vecchie e le antiche concezioni e classificazioni e sottolineando l'importanza delle infezioni focali, specialmente tonsillari, sullo sviluppo ed il mantenimento delle nefropatie. Il prof. A. Valenti ha trattato il tema « La medicina in Roma », rifacendosi fin dall'età repubblicana e diffondendosi particolarmente sulla figura di Galeno, che giganteggia e predomina nelle teorie e nella pratica della medicina ancora per quindici secoli. Sulle « cure termali, specialmente di Sirmione », ha parlato il prof. Pinali accennando alle indicazioni ed all'efficacia di questa sorgente termominerale, che sorge a circa 70° nello stesso Lago di Garda, in prossimità di Sirmione.

Largamente ospitale l'accoglienza fatta dalle RR. Terme, che hanno dato un munifico banchetto a cui sono intervenuti anche il Prefetto ed il Segretario Federale di Brescia, l'on. Giarratana ed il generale della Milizia Malvasi.

7° Corso internazionale di alta cultura medica.

Il 7° Corso Internazionale di Alta Cultura Medica della Fondazione Tomarkin si svolgerà durante il prossimo settembre nel Belgio, in parte a Bruxelles, in parte a Spa.

Saranno trattati argomenti riguardanti il cancro, le malattie tropicali, subtropicali e infettive, il Parkinson postencefalitico (Bruxelles, 12-19 settembre), le affezioni del sistema cardio-vascolare, le malattie del sangue e in più sarà tenuta una serie di conferenze libere (Spa, 20 sett.-2 ott.).

Interverranno le più spiccate personalità della scienza medica internazionale, con larga partecipazione di studiosi italiani.

S. M. la Regina d'Italia ha accordato il Suo Alto Patronato ad una Commissione di medici neurologi italiani, che tratteranno la questione del Parkinson postencefalitico.

Per coloro che intendono partecipare a questo Corso è stata stabilita una tassa di iscrizione che è di 80 Belgas per l'intero corso; di 50 Belgas per metà corso (sia Bruxelles, sia Spa), di 30 Belgas per una sezione del corso.

Al termine del Corso sarà rilasciato agli uditori un certificato attestante la partecipazione al Corso stesso, dietro pagamento di una tassa supplementare di 5 Belgas.

Le domande debbono essere indirizzate al Segretariato della Fondazione Tomarkin, 97 Rue aux Laines, Bruxelles.

Il Comitato ordinatore, al fine di facilitare il più possibile il viaggio dei congressisti stranieri, ha nominato la C.I.T. (Compagnia Italiana Turismo), agenzia ufficiale per il trasporto dei congressisti italiani.

Corso di integrazione di clinica otorinolaringologica.

È stato organizzato dalla Scuola Medica Ospitaliera di Roma; si svolgerà dal 1° agosto al 10 agosto nell'Ospedale del Littorio; sarà tenuto dal prof. G. Ferreri, con la collaborazione dei proff. Bombelli, Chiasserini, Egidi, Luzzatto-Fegiz, Mazzantini, Milani, Sanvenero-Rosselli, e dei dottori Coppo e Silenzi.

Domanda al presidente (prof. Carducci) in carta semplice. Tassa di iscrizione L. 150, da versarsi alla Segreteria della Scuola; Policlinico Umberto I.

Alla fine del corso, a chi lo abbia frequentato con assiduità, verrà rilasciato un certificato di frequenza. Per informazioni rivolgersi al segretario dott. Lupi (Policlinico Umberto I), oppure all'assistente addetto al Corso, dott. Coppo (Ospedale del Littorio).

All'Ospizio Incurabili di Cesano Boscone.

È stata posta con solennità la prima pietra di un nuovo padiglione, nell'Ospizio « Sacra famiglia » degli incurabili a Cesano Boscone. Il nuovo ambiente potrà ospitare altri 300 ammalati oltre ai 1300 che già vi hanno dimora.

La festa si è abbinata con quella del venticinquennio di sacerdozio del direttore dell'Ospizio don Luigi Moneta.

Il padiglione è stato progettato dall'architetto Ugo Zanchetta ed è dotato di tutti i più moderni impianti. Padrini del suo battesimo sono stati i coniugi Irene e Gaetano Marazzi, benefattori dell'Istituto.

Azioni giudiziarie.

La 1ª Camera del Tribunale Civile della Senna, nell'udienza del 16 maggio, ha condannato il prof. Camille Lian, primario dell'Ospedale Tanon di Parigi, a corrispondere 100.000 franchi di danni e interessi, nonchè alle spese di giudizio, per un « errore professionale ». Egli aveva avuto in cura un infermo affetto da claudicazione, per arterite stenosante e prescritto un trattamento radioterapico, cui seguì guarigione clinica. Dopo qualche tempo egli richiamò il malato in ospedale, per assicurarsi dello stato dell'arteria; fece eseguire un'arteriografia da due interni; siccome la farmacia dell'ospedale non disponeva temporaneamente di ossido di torio colloidale stabilizzato, venne usato un altro prodotto, dei laboratori Toraude; ma seguì gangrena da obliterazione dell'arteria. L'amputazione dell'arto non valse a localizzare il processo e il malato decedette: onde un'azione giudiziaria della vedova e delle orfane. Il Lian ha tentato di far cadere la responsabilità sulla Casa produttrice e sull'amministrazione ospedaliera; ma la sua tesi è stata respinta.

Un po' dovunque.

Il 1° Congresso internazionale sulle brucellosi si è svolto ad Avignone l'11 e il 12 con largo intervento di medici, veterinari, microbiologi. È stato messo in evidenza il contributo portato dagli studiosi italiani. Il prof. Finzi ha presieduto una seduta. In omaggio all'Italia, è stata accolta la proposta di tenere a Perugia il prossimo congresso.

L'Organizzazione internazionale della lotta contro il tracoma si è adunata il 4 e il 5 aprile a Londra, sotto la presidenza del prof. E. von Grosz di Budapest; vi erano rappresentate 11 Nazioni.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 26 aprile e il 10 maggio, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Sono state fatte rispettivamente 8 e 20 comunicazioni. Alla prima seduta ha partecipato con una comunicazione il prof. Ch. Lenormant. Alla seconda seduta assisteva il prof. George Marion, in onore del quale il prof. G. B. Lasio ha fatto una comunicazione sul tema: « L'urologia francese e la sua influenza sullo sviluppo dell'urologia italiana ».

La Società Medica del Friuli si è adunata il 30 maggio, sotto la presidenza del prof. A. Varisco. Sono state fatte comunicazioni da: S. Menghetti, D. Bettini, I. Grasso Biondi, F. Cimati, V. Gualdi, D. Zanetti.

Si terranno a Parigi le « Giornate farmaceutiche », dal 7 all'11 novembre, nella « Maison de la Chimie ». Rivolgersi al presidente del Comitato organizzatore, Ravaud, place de Breteuil 6, Paris XVe.

Un corso di perfezionamento in ginecologia si terrà sotto la direzione del prof. R. Proust, dal 16 al 28 settembre, nell'Ospedale Broca di Parigi (rue Broca III); tassa d'iscrizione fr. 200.

Il prof. Bonini dell'Università Cattolica ha intrattenuto, nell'Aula Magna della Casa del Fascio di Milano, gli iscritti al corso di preparazione politica, sul tema: « Il problema demografico dal punto di vista morale e politico ».

Presso la Società Scientifica Argentina il dott. Fritz Merck ha tenuto una conferenza sulle investigazioni scientifiche dei Laboratori Merck.

Il prof. Attilio Catterina ha tenuto a Genova la sua ultima lezione di tecnica chirurgica, trattando dell'operazione Bassini; era presente una densa folla di studenti, di medici, di professori. Prima che iniziasse la lezione, due studenti vollero salutare il Maestro, che per gl'inesorabili limiti d'età lascia l'insegnamento ufficiale. La conferenza venne illustrata da interessanti proiezioni.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di R. Decreto che autorizza la spesa di quattro milioni a carico dello Stato per il completamento del nuovo Ospedale di Cosenza.

Il 6 luglio verrà festeggiato il cinquantenario della prima inoculazione di vaccino antirabbico eseguita da Pasteur.

Il prof. Attilio Omodei Zorini, dell'Istituto « Carlo Forlanini » di Roma, e il dott. Guido Mantovani, delle Terme di Miradolo, hanno riportato, rispettivamente a Roma ed a Bologna, degli infortuni automobilistici piuttosto gravi. I molti amici ed estimatori ne sono rimasti molto addolorati.

Si è spento a Madrid in età di 52 anni il dott. FERNANDO COCA Y SAAVEDRA, proprietario e direttore della « Medicina Ibera », reputato giornalista medico.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 1° Luglio 1935 - XIII Num. 26

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DI S. SPIRITO - ROMA

Contributo alla ricostruzione plastica totale dell'esofago.

Prof. GUIDO EGIDI, Chirurgo Primario.

G. Antonietta, di a. 20, in seguito ad ingestione di acido muriatico, viene condotta all'Ospedale di S. Spirito.

Si tratta di un soggetto normalmente costituito, di media statura, che all'esame dei visceri toracici ed addominali non presenta nulla di anormale. Ha ustioni della bocca e delle fauci ed ha difficoltà nel deglutire. Viene inviata in un reparto di medicina e da quello, dopo aver fatto infruttuosamente tentativi di sondaggio, trasferita nel reparto chirurgico. Quivi si constata che esiste una stenosi insormontabile, situata a circa 15 cm. dall'arcata dentaria. L'esame endoscopico fa vedere che la parte inferiore della faringe presenta tre pieghe che convergono radialmente verso un punto leggermente depresso ove si immagina esista il lume del viscere. Si cerca di introdurre sonde, ma non si riesce a farle penetrare e si provoca gemizio di sangue.

Per provvedere all'alimentazione della malata, che è molto deperita, si decide di eseguire una fistola gastrica. Questa viene praticata il 5-X-1933, in anestesia locale novocainica, secondo il processo di Witzel.

L'alimentazione attraverso la fistola viene iniziata subito e in poco tempo le condizioni generali migliorano. Viene trasferita nel reparto speciale di patologia digestiva e quivi trattenuta fino all'aprile 1934. Tutti i tentativi di sondaggio della stenosi, anche quelli endoscopici, sono riusciti infruttuosi.

La sede alta della stenosi insuperabile faceva temere che al disotto di essa potessero esistere altri stringimenti e che sarebbe riuscito poco fruttuoso anche un tentativo di sondaggio retrogrado.

Perciò questo, che avrebbe richiesto una gastrotomia mentre già esisteva una fistola gastrica, non fu eseguito. Oltre che la scarsa probabilità di successo e le difficoltà di esecuzione persuasero a non eseguirlo la considerazione che la cicatrice e le aderenze avrebbero reso più difficile la futura ricostruzione dell'esofago.

Si pensava infatti di ricostruire un esofago antetoracico utilizzando fin dove fosse possibile o lo stomaco o un tratto di digiuno o un tratto di colon, affidando la scelta tra questi visceri al reperto operatorio.

Il 1°-V-1934, in narcosi eterea, fu fatta una laparotomia alta. L'esplorazione operatoria fece notare che lo stomaco era di medie dimensioni e presentava nella parte media lievi ispessimenti lineari, probabilmente cicatrici da ustioni. Fu apprezzata la lunghezza della grande curvatura e cercato di misurare dove sarebbe potuto giungere lo stomaco se, mobilizzato, dopo aver chiusa la fistola gastrica e troncato l'esofago a livello del cardias, si fosse spostato verso il torace.

Furono poi apprezzate la lunghezza del mesen-

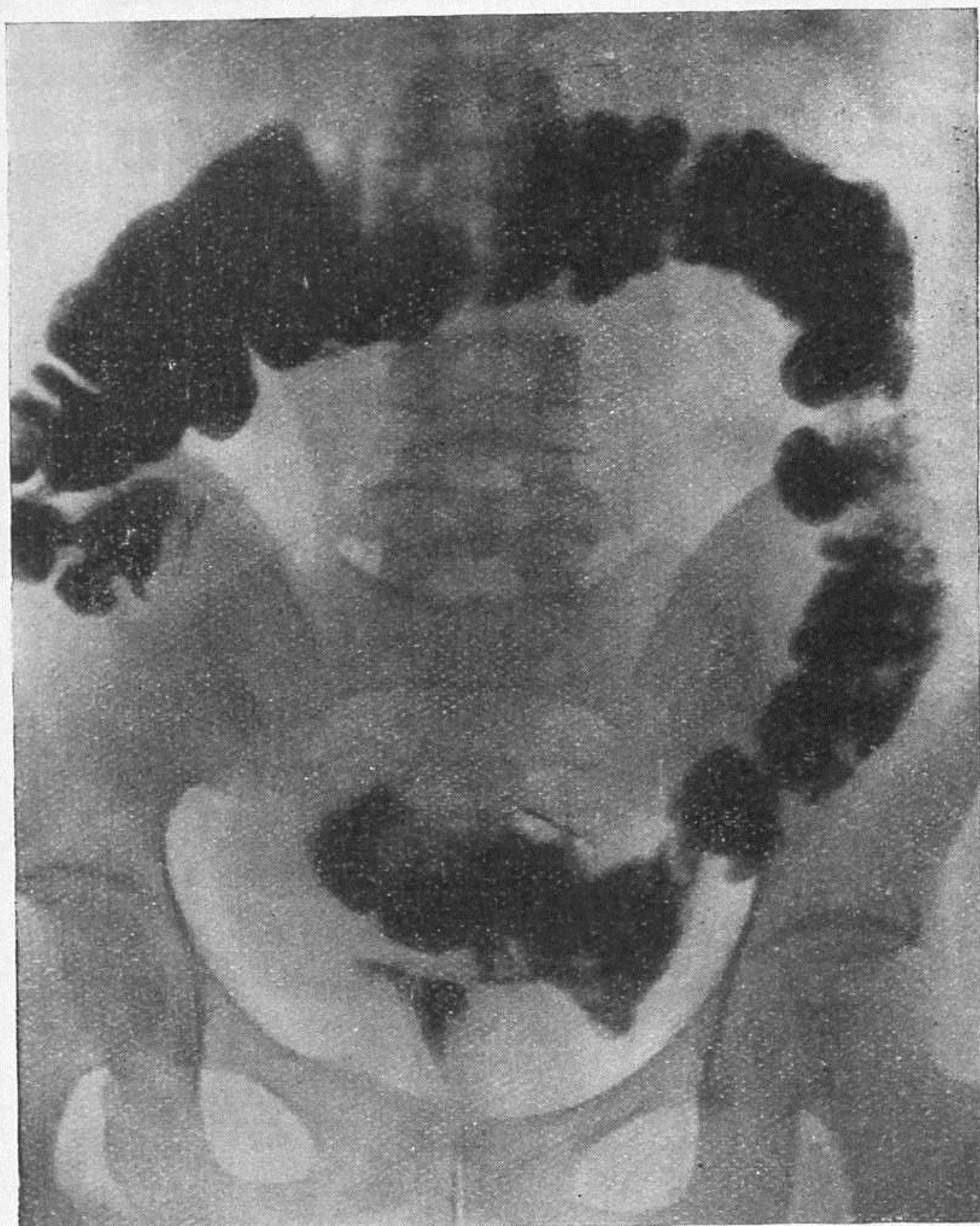


Fig. 1. — Forma che ha acquistato il colon residuo dopo mobilizzazione delle flessure e resezione del trasverso.



Fig. 2. — Porzione inferiore del nuovo esofago fatto da colon e da tubo cutaneo.

tere delle prime anse del digiuno, la lunghezza del colon trasverso e la disposizione delle arterie coliche.

Non parve che lo stomaco potesse giungere fino al collo e tanto in alto da poter essere congiunto con la faringe.

Non parve che si potesse escludere un'ansa di tenue tanto lunga da coprire la distanza stomaco-faringe; anzi, essendo corto il mesentere, fu chiaro che l'ansa che poteva essere utilizzata, era anch'essa corta.

Condizioni assai più favorevoli si potevano ottenere usando il colon trasverso che era di lunghezza media e poteva essere allungato mobilizzando le flessure coliche.

Questa mobilizzazione fu eseguita come primo tempo e dette per risultato un allungamento tanto grande che, se i vasi lo avessero consentito, mediante esso, si sarebbe potuto congiungere lo stomaco alla faringe.

I vasi colici erano disposti come d'abitudine; ma forse una naturale disposizione era più del solito accentuata. La colica destra superiore, che nutrisce il colon trasverso, si anastomizzava a pieno canale da una parte con la colica destra media, dall'altra con la colica sinistra superiore formando due arcate di raggio considerevolmente diverso: corto a destra, lungo a sinistra.

Risultava da ciò che, mobilizzate le flessure, si poteva escludere e lasciar vitale un tratto esteso di colon, tutto ben nutrito dalla a. colica destra superiore, la quale però rimaneva situata molto più vicina all'estremo destro che non all'estremo sinistro del tratto escluso.

Per tale motivo, volendo utilizzare il colon per la sostituzione dell'esofago e volendo utilizzarlo al massimo, occorreva congiungere il capo destro del tratto escluso allo stomaco, che era più vicino, e portare il capo sinistro sotto la pelle del torace a quella maggiore distanza che le più lunghe arcate vascolari avessero consentito. Ciò risultava in situazione antiperistaltica.

Gli atti operatori che seguirono a queste considerazioni furono i seguenti:

mobilizzazione delle due flessure coliche; sezione del colon ascendente e del discendente e riunione termino-terminale del capo aborale del primo al capo orale del secondo;

impianto del capo orale del tratto escluso alla parete anteriore della parte media dello stomaco.

Ricerca del tratto di parete toracica al quale l'altro capo del colon escluso estratto dal ventre, poteva giungere, senza che per le trazioni scomparisse il polso arterioso. Un tratto di cartilagini costali che formava uno spigolo sporgente, intorno al quale il colon doveva girare, venne resecato.

Il colon può essere portato fino al II spazio intercostale. A livello di questo, vicino allo sterno, si incidono i tegumenti per 4 centimetri; poi si scava con mezzi ottusi un canale sottocutaneo che va fino all'angolo superiore della ferita laparotomica; dopo averlo chiuso, si fa entrare il colon nel canale sottocutaneo e lo si fissa alla ferita toracica del II spazio intercostale.

Chiusura della parete addominale.

Salvo una lieve infezione sottocutanea toracica, il decorso post-operatorio fu normale; l'intestino si è mantenuto vitale, solo si è retratto di qualche centimetro.

Il 24-V-1934 con plastica cutanea si prolunga il canale antetoracico fino alla clavicola.

Il 28-VI-1934 si opera la congiunzione del canale cutaneo al canale intestinale.

A questa segue una lieve infezione sottocutanea; parte del canale cutaneo si riapre ed occorrono ripetuti piccoli interventi per chiuderne i fori.

Il 10-X-1934 il canale cutaneo viene prolungato fino alla parte media della regione cervicale sinistra.

Il 16-XII-1934, in narcosi eterea, viene fatta al collo un'incisione che scopre la parte superiore del canale cutaneo e si approfonda fino ad incontrar la faringe e la parte superiore dell'esofago.

L'esofago è circondato da connettivo duro che ne impedisce l'isolamento e la mobilizzazione; così è anche per la parte inferiore della faringe ed il limite tra i due non è netto: si può stabilire solo riferendosi alla situazione della cricoide e chiamando esofago ciò che è situato sotto e faringe ciò che è sopra.

Mobilizzata la parte superiore del tubo cutaneo, la sua apertura viene impiantata alla parte inferiore della faringe che è dilatata.

Segue un decorso post-operatorio complicato da infezione della ferita, nella quale per parecchie settimane si versa abbondantemente saliva. Poi le condizioni migliorano e la saliva non passa più. Comincia la deglutizione spontanea, la quale si compie in modo sempre migliore tanto che ulteriori interventi non sembrano più necessarii e la paziente soddisfatta domanda di essere dimessa.

Il senso antiperistaltico nel quale è stato usato il colon non ha avuto conseguenze serie. Una parte del contenuto gastrico, specialmente durante la notte, risalendo lungo l'esofago artificiale riusciva a giungere perfino in bocca. Ma il disturbo è stato lieve ed ha durato poco.

Quando l'alimentazione dalla bocca ha cominciato ad essere abbondante, è cessato completamente.

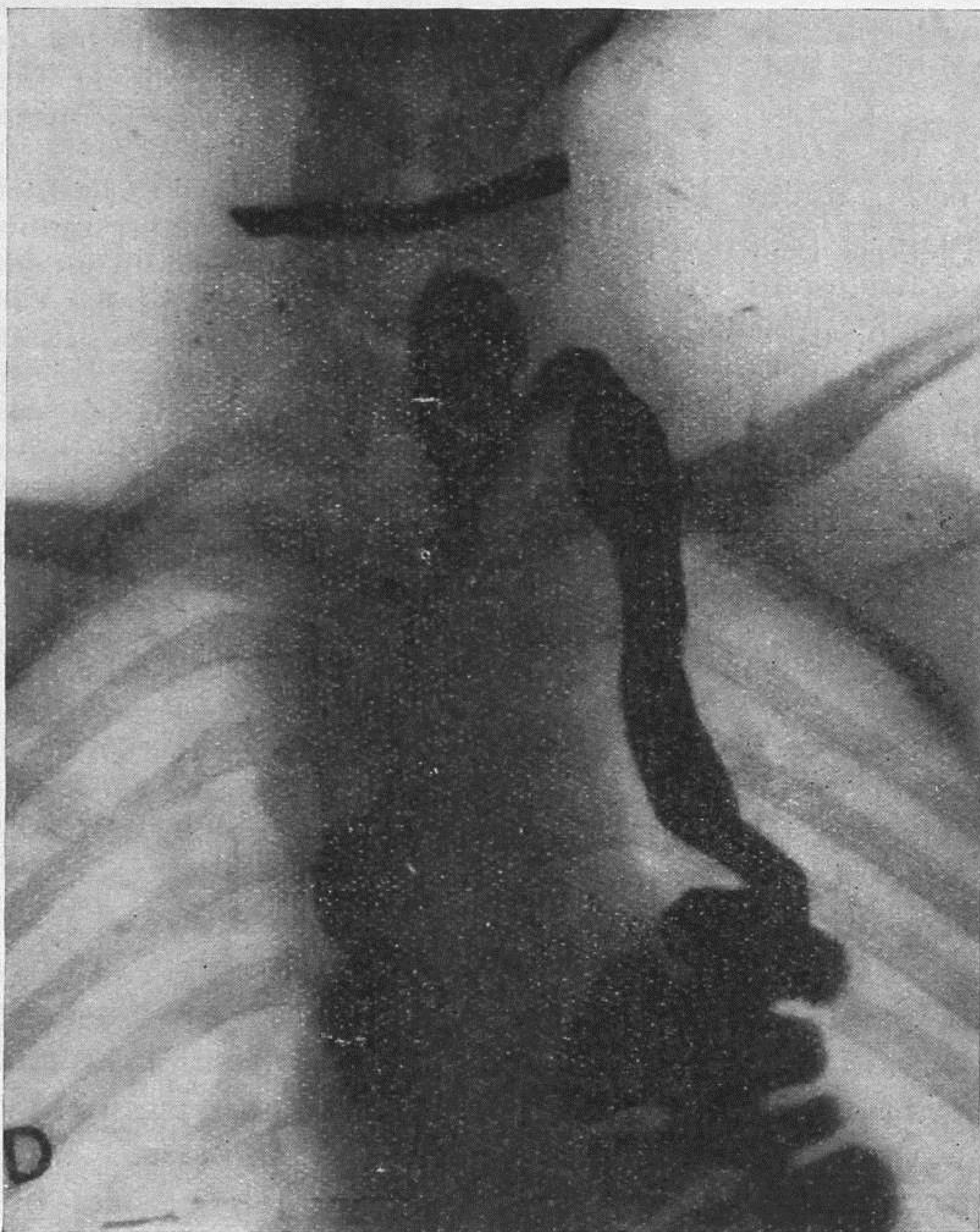


FIG. 3. — Porzione superiore del nuovo esofago fatto da tubo cutaneo e suo impianto nel canale alimentare naturale.

All'operazione parve che l'impianto, fatto sopra il livello della cricoide, fosse nella faringe; il radiogramma lo mostra sotto la VI vertebra cervicale che segna il livello al quale la faringe passa nell'esofago. Forse la differenza può essere spiegata così. Il passaggio del cibo attraverso il nuovo esofago avviene sotto la considerevole pressione che esercita la faringe. Questa può avere avuto un'azione dislocante analoga a quella che agisce nei diverticoli da pulsione.

RIASSUNTO.

A causa di una stenosi alta dell'esofago, seguita ad ingestione di caustici, fu costruito con successo un esofago artificiale antetoracico mediante il colon trasverso ed un tubo cutaneo.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
E SEMEIOTICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal prof. GIUSEPPE ZAGARI

Anemia ipocromica grave da amebiasi intestinale.

Dott. GERARDO TANGREDI, assistente.

Come molte malattie da protozoi (Kala-azar, malaria, sifilide, ecc.), anche l'amebiasi è causa di anemia, la quale si produce per penetrazione in circolo, e conseguente azione tossica sul sistema emopoietico, di veleni di origine amebica e di prodotti di colliquazione dei tessuti in cui le amebe si annidano. Il grado di anemia varia a seconda del decorso acuto o cronico, dell'intensità maggiore o minore del processo morboso e della diversa localizzazione.

Gli autori che si sono occupati di questa speciale forma di anemia hanno rilevato che la diminuzione dell'emoglobina non procede di pari passo con quella dei globuli rossi, ma è meno notevole, di modo che il valore emoglobinico globulare risulta elevato in tutti i casi di amebiasi, spesso superiore all'unità (Amatam, Izar, Bacchelli, E. J. D'Amato).

Bacchelli trovò valori globulari inferiori a 0,85 solo in ammalati di amebiasi già affetti da clorosi o da concomitanti lesioni specifiche (tubercolosi) e Izar valore globulare elevato sia nelle forme intestinali, sia nelle forme amebiasiche di altri organi. Di 21 casi di epatiti, questo Autore rinvenne in 14 indice globulare superiore all'unità, in 1 uguale, in 5 di poco inferiore e in 1 0,85. Di 36 casi di amebiasi intestinale e di 9 di forme metastatiche studiati dal Bacchelli è registrato che il numero degli eritrociti oscilla intorno a una media di 4 milioni, raramente al di sotto dei 3 milioni, e il valore globulare in circa la metà dei casi era superiore all'unità, nel resto e uguale o di poco inferiore, in 1 fu di 0,76.

E. J. D'Amato in 30 casi di epatite amebica suppurata riscontrò per la serie rossa eritrociti per lo più intorno ai 4 milioni e il val. gl. in 8 ammalati fu superiore all'unità, in 21 di poco inferiore. Il val. gl. più basso fu in 1 di 0,69, se si eccettuano due casi, in cui a un primo esame si ebbe rispettivamente val. gl. di 0,52 e 0,64, mentre a un secondo esame, praticato anche prima della cura, rispettivamente il val. gl. fu di 0,94 e 1,54.

In 13 casi di ascesso epatico amebico studiati in questo Istituto, Fenicia riscontrò diminuzione dei corpuscoli rossi e val. gl. in 1 superiore all'unità, negli altri inferiore; l'indice globulare più basso fu di 0,65.

Per la serie bianca Rogers, Brown, Craig e Wells, Grall, Bacchelli, Mariano R. Castex e Daniel Greenway, E. J. D'Amato, Schilling-Torgau, Mathis, Léger, Juveau-Dubreuil, Vincent, Muratet, Françon e Hutinel riscontrarono leucocitosi, spesso modica, con neutrofilia; Pontano, Izar modica leucocitosi. Fischer trovò leucociti in numero normale e Fenicia pure numero di leucociti normale in circa la metà dei casi, nel resto di poco aumentati.

Stitt, Archibald-Chalmers e spesso anche Bacchelli riscontrarono monocitosi.

Trovarono sempre eosinofilia Huber, Brown, Billet, Dopter, Allen; Vaccarezza nella metà dei casi, Chantamesse, Rodriguez, Gand, Brumpt nelle forme semplici. Secondo Mc Callum, Rogers, Craig, Wells gli eosinofili non sono fortemente aumentati, secondo Izar, Bacchelli, Juspa, Fenicia, Castex e Greenway essi sono normali. Fischer, Schilling-Torgan, Mathis, Léger, Juveau-Dubreuil, Vincent, Muratet, Bacchelli, Forguson registrarono eosinopenia.

Bacchelli non riscontrò mai forme immature in circolo, sia della serie rossa che della serie bianca. Juspa osservò talvolta anisocitosi, poichilocitosi e qualche eritrocita con granulazioni basofile.

L'aumento delle piastrine è in diretto rapporto con l'aumento dei leucociti e dei polinucleati neutrofili.

Riassumendo, si può ritenere, secondo quanto hanno rilevato i diversi ricercatori, che l'anemia da amebiasi è per lo più a tipo ipercromico, perniciosiforme, non essendovi un rapporto proporzionale tra diminuzione degli eritrociti e tasso emoglobinico, mentre il quadro della serie bianca è caratterizzato spesso da una modica leucocitosi con prevalenza dei neutrofili: nessun comportamento speciale degli eosinofili.

Poichè in un caso di amebiasi intestinale caduto alla mia osservazione ho riscontrato per la serie rossa un quadro ematologico diverso da quello comunemente descritto, ho creduto farne rilievo in questa nota.

Pr. Luigi di ignoti, di anni 54, coniugato, commerciante di frutta da Napoli.

Anamnesi: Morbillo e varicella nell'infanzia. Reumatismo muscolare a 17 anni, senza febbre: guarigione dopo due mesi di malattia. A 18 anni ebbe ulcere semplici contagiose, a 20 anni nuovamente ulcere multiple semplici. Non fu idoneo al servizio militare per ernia inguinale destra, di cui venne operato a 22 anni. Sposò a 27 anni e la moglie ebbe due gravidanze a termine e nessun aborto. I figli sono viventi e sani.

Due mesi prima del suo ingresso in Clinica cominciò ad avvertire astenia, talvolta palpitazione di cuore ed affanno, anoressia, senso di peso allo stomaco dopo i pasti; inoltre cominciò ad avere per qualche giorno diarrea (una, due scariche), leggero tenesmo e presenza di muco nelle feci. Dopo pochi giorni si accorse di avere colorito pal-

lido (che in seguito aumentò notevolmente) e modica febbre (37°,6-37°,7).

Ingresso in clinica: 20 giugno 1933.

Esame obibettivo: Forte pallore della cute, tendente al giallognolo, specialmente alle palme delle mani e alle piante dei piedi. Mucose pallidissime; edemi agli arti inferiori. Temperatura 37°,7, polso 104, respiro 22. Presenza di qualche piccola ghiandola dura, spostabile, indolente, alle stazioni linfatiche esplorabili. Lingua patinosa.

Reperto dell'apparato respiratorio normale.

Apparato cardio-vascolare: leggero ingrandimento del cuore in senso longitudinale, presenza di soffio sistolico dolce alla punta, rumore di trottola alle giugulari. Ottusità del peduncolo vascolare normale.

L'addome non presenta nulla degno di nota, il fegato e la milza sono nei limiti.

Esame del sangue: Hb 21, globuli rossi 3.300.000, globuli bianchi 12.000, *valore globulare* 0,31, rapporto globulare 1:275.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 51 per cento, linfociti 33 %, monociti 10 %, mielociti 6 %.

Ipocromia spiccata dei globuli rossi, leggera anisocitosi e poichilocitosi, presenza di numerosi eritroblasti ortocromatici e basofili; reticolociti 3 %. Assenza di megaloblasti. Piastrine 330.000. Resistenza globulare: Mx. 30, Mn. 42.

Si pratica la puntura sternale per l'esame citologico del midollo osseo: polinucleati neutrofili 21 %, basofili 3 %, eosinofili 0,5 %. Linfociti 16 %, monociti 3 %, metamielociti 21 %, mielociti 8 %. Eritroblasti ortocromatici 24 %, basofoli 3 %, proeritroblasti 0,5 %.

Sieroreazione di Wassermann: negativa. Tempo di sanguinamento: 2'. Tempo di coagulazione: 3'. Retrazione del coagulo: completa in 8 ore. Prova del laccio: negativa.

Urine: albumina: tracce. Urobilina: presente in grande quantità. Sangue: ass.

Ricerca ripetuta nelle feci di amebe e di uova di parassiti: negativa.

Sangue assente nelle feci anche alla prova chimica.

Esame del succo gastrico. Dopo 45' dalla somministrazione del pasto di Ehrmann si estraggono col sondino dallo stomaco 40 cmc. di succo gastrico incoloro, con tracce di residui alimentari. L'esame chimico fa rilevare: assenza di acido cloridrico libero, acidità totale gr. 0,36 per mille, acido lattico assente, sangue assente, pepsina e lab. presenti in tracce.

Esame radiologico: ombra cardiaca lievemente aumentata a carico del ventricolo sinistro, apparato digerente normale.

Riassumendo, quest'ammalato presentava una profonda anemia, di cui non era possibile identificare la causa; infatti tutte le ricerche, anche quelle collaterali, riuscirono negative: assenza nelle feci di uova di elminti e di altri parassiti, assenza di amebe; assenza di sangue nel succo gastrico, nelle feci, nell'urina; assenza di qualsiasi altra causa anemizzante.

Quindi bisognava ammettere che si trattasse di una forma primaria di anemia.

Fra le anemie primarie, dopo la scomparsa quasi completa della clorosi, vi è l'anemia di Biermer, e l'anemia ipocromica essenziale. La prima andava esclusa, perchè è una forma a tipo ipercromico, con megalocitosi, megaloblastosi, leucopenia, ecc.; allora non rimaneva altro che pensare alla seconda cioè alla forma ipocromica essenziale. Anche il reperto del succo gastrico, cioè l'anacloridria, avvalorava in certo modo l'esattezza di tale diagnosi, dato che si era potuta escludere l'esistenza di neoplasia gastrica.

S'istituisce pertanto nel nostro infermo la terapia marziale ad alte dosi, somministrando 8 grammi al giorno di ferro ridotto dall'idrogeno. Dopo due giorni dall'inizio di tale cura, presentando il paziente aggravamento dei disturbi gastro-enterici, consistenti sopratutto in emissioni frequenti di feci mucose (5-6 scariche al giorno), pratico nuovamente la ricerca di amebe e di uova di parassiti nelle feci; questa volta l'esame dà risultato *positivo per la presenza dell'entamoeba histolytica.*

Quindi alla prima diagnosi di anemia ipocromica essenziale, bisogna sostituire quella di *amebiasi con anemia ipocromica secondaria grave.*

S'inizia subito la cura emetinica con tre iniezioni al giorno di 4 ctgr. l'una, fino alla dose totale di grammi 1, raggiunta in 8 giorni. Le condizioni del malato già dai primi giorni migliorano discretamente, poichè si ha scomparsa della febbre e della diarrea; al 9° giorno, ultimata la cura emetinica, lo stato generale è migliorato notevolmente, mentre è scomparso il colorito pallidissimo della cute e delle mucose. Anche soggettivamente l'ammalato si sente meglio.

L'esame del sangue adesso fa rilevare: Hb. 50, globuli rossi 3.500.000, globuli bianchi 4500; val. gl. 0,71. Si sominístra all'infermo per 10 giorni dello Stovarsolo in compresse di gr. 0,25, quattro compresse al giorno. Dopo questa seconda cura, il paziente appare completamente guarito: il colorito della cute e delle mucose visibili è roseo, è scomparso il soffio anemico sul focolaio della punta e il rumore di trottola sulle giugulari.

Ripetuti esami di feci, anche dopo somministrazione di purganti salini, non fanno più rilevare presenza di amebe. L'emometria dimostra che l'emoglobina è salita a 70, i globuli rossi a 4.200.000, il val. gl. a 0,83. Dopo alcuni giorni un altro esame di sangue dà il seguente reperto: Hb. 80, globuli rossi: 4.600.000, val. gl. 0,86.

Il paziente dopo due mesi di degenza, completamente guarito, lascia la clinica il 20 agosto 1933.

Questo caso ci offre a considerare come da principio fosse possibile l'errore diagnostico, poichè si trattava di un'anemia intensamente ipocromica, anacloridrica, senza nessuna causa identificabile: perciò tutto il quadro di una forma essenziale. In seguito, e dopo numero-

se indagini, fu messa in evidenza un'infezione amebica e il rapporto fra l'amebiasi e l'anemia risultò chiaro, poichè la cura di emetina e stovarsolo determinò completa guarigione dell'amebiasi e scomparsa della grave anemia.

L'anacloridria che noi riscontrammo, come pure l'ipochilia o anche l'achilia trovata da altri AA. in tale malattia, è dovuta a gastrite che frequentemente si accompagna all'amebiasi intestinale. Perciò nel nostro infermo il complesso gastro-anemico è secondario all'infezione amebica, come del resto dimostrò il risultato della cura.

Greppi e Deleonardi hanno descritto recentemente un caso di anemia ipocromica achilica con microcitosi in amebiasi intestinale cronica, nel quale ottennero la scomparsa dell'anemia con la sola cura di ferro ridotto ad alte dosi.

Gli AA. attribuiscono al complesso gastroanemico « autonomia patogenetica della cloroanemia microcitica, considerando però tale complesso come secondario nel quadro della malattia, più che come sindrome autonoma nel senso nosologico ».

Il nostro caso offre inoltre particolare interesse perchè è la prima volta che è stata descritta un'anemia così intensamente ipocromica in ammalati di amebiasi, ove altri AA. riscontrarono per lo più anemia di tipo ipercromico, perniciosiforme.

RIASSUNTO.

Descrizione di un caso di anemia ipocromica grave da amebiasi intestinale con *valore globulare bassissimo* (0,31), in cui la cura di emetina e di stovarsolo determinò la guarigione dell'amebiasi e la contemporanea scomparsa della grave anemia ipocromica.

BIBLIOGRAFIA.

IZAR. *L'amebiasi. Le metastasi amebiche.* Catania 1925.
BACCHELLI. Folia chimica-microscopica, fasc. I, 1927.
E J. D'AMATO. La Semana Medica. Buenos Aires, 1925, n. 46.
H. SCHITTENHELM. *Trattato di medicina interna*: L. MOHR-R. STAEHLIN.
ESPOSITO. *Emopatie.* FERRATA. Parte speciale, vol. II.
SISTO. Haematologica, fasc. I, 1933.
FENICIA. Rassegna Internazionale di Chimica e Terapia, n. 5, 1934.
CAPINCEFF. Biologia medica, n. 4, aprile 1934.
MARIANO R. CASTEX e DANIEL GREENWAY. La Prensa Medica Argentina, n. 44, 1934.
GREPPI e DELEONARDI. Bollettino della Società Medico-chirurgica di Catania, vol. III, n. 2, pagine 110-126.

OSPEDALE DI S. SPIRITO - SALA BACCI
Primario: Prof. A. NAZARI.

Un caso di intensa eosinofilia seguita da poliglobulia.

Dott. O. MAZZARELLA, assistente.

Molteplici condizioni morbose sono capaci di modificare la formola leucocitaria orientandola verso una decisa eosinofilia (E.); l'infestazione da vermi è quella che, tra le cause conosciute, produce il fenomeno in maniera più marcata. Naegeli ha descritto un caso di ankylostomiasi con 56.000 leucociti e 66,2 % di eosinofili (E.); un altro ne ha descritto Baycott col 73 % di E.; Jausion riporta casi di microfilariosi e bilarziosi col 75-80 %; nell'echinococcosi è stato descritto un caso col 68 % ed è noto che nella trichinosi l'E. può raggiungere il 70-80 %.

Ordinariamente però, siffatte E. sintomatiche non superano il 20 % nell'equilibrio leucocitario. Nelle altre circostanze morbose in cui è frequente l'emo- E., come asma bronchiale, scarlattina, convalescenze di malattie infettive, alcune malattie della pelle, alcune intossicazioni, essa è contenuta in limiti più modesti.

Ma sono state descritte E. intense (al di là del 20 %) a causa rimasta oscura nonostante le più accurate indagini, per cui è sorto il problema delle E. essenziali. Occorre intanto notare che le stesse intense E. surricordate in corso di infestazione da vermi, data la loro rarità in confronto della frequenza della elmintiasi, non si comprendono altrimenti se non pensando che determinati ceppi di elminti siano particolarmente atti a stimolare la leucopoiesi E. ovvero che questa, ipotesi più ovvia, sia costituzionalmente predisposta ad esagerarsi. Siffatta considerazione riporta l'E. sintomatiche intense nel problema delle E. essenziali.

Tali E. sono veramente eccezionali se si pensa alle migliaia di esami che ogni giorno si praticano in tutto il mondo e allo scarso numero di casi descritti. Dalla Palma fino al 1931 ne ha raccolti solo 50 casi, di cui 11 si accompagnavano a linfogranulomatosi maligna; 10 a neoplasie: gli altri a svariate malattie (encefalite, sclerosi dell'arteria polmonare, polimiosite, ecc.). Gavazzeni e Beltrametti ne hanno raccolti altri 10 casi, di cui 3 personali. Un altro caso è stato descritto dal Dolfini di Padova ed un altro ancora dal Murphy.

Le interpretazioni etiopatogenetiche non so-

no univoche. Dove coesistono neoplasie, si è pensato a sostanze eosinotattiche da disintegrazione; ad irritazioni vagali di ordine meccanico; a sensibilizzazioni da parte di proteine neoplastiche (Pisa); ma la rarità del reperto in confronto della grande frequenza dei tumori non persuade circa un rapporto diretto tra questi ed ipereosinofilia.

Il concetto di leucemia a tipo eosinofilo, sostenuto da Stillmann, Shapiro, Bass ed altri, si adatta ai rari casi a prognosi cattiva in cui si riscontrano forme immature in circolo e focolai di mielopoiesi extramidollari. Ordinariamente però non ricorrono tali condizioni, per cui un'estensione di tale concetto non pare giustificata.

Chalier e Levrat parlano di insufficienza splenica E., sopratutto perchè la splenectomia induce E. — per quanto a volte di breve durata — e per una presunta efficacia dell'opoterapia splenica. I detti AA. ne fanno un'entità morbosa, individuandone così i caratteri: E. del 20-95 % con leucocitosi ad elementi maturi; serie eritrocitica non compromessa; splenomegalia a volte notevole; frequente epatomegalia; condizioni generali buone o discrete; decorso cronico. Esisterebbe una forma congenita familiare — la più frequente — in cui l'E. e la splenomegalia sarebbero più modeste e il decorso stazionario; ed una forma acquisita — spesso luetica — con E. e splenomegalia più pronunziate a decorso progressivo. Occorre però osservare che la terapia con estratti splenici è stata del tutto inefficace nel caso del Dolfini, mentre un miglioramento nel corso di tale cura non autorizza a sicure deduzioni patogenetiche.

Dalla Palma, allargando la concezione degli AA. francesi, pensa ad una disfunzione del S.R.E.

Bastai, in base ad osservazioni di E. a tipo famigliare, sostiene fin dal 1923 un'anomalia di struttura del midollo osseo a carattere ereditario. Nelle infezioni comuni intercorrenti gli E. aumenterebbero come per sostituire i neutrofili: sarebbe tale comportamento paradosso una nota distintiva fondamentale. Alle vedute del Bastai aderiscono Klingert, Cattaneo ed altri. Si è però osservato che la famigliarità non è decisiva per una interpretazione costituzionale dell'emoeosinofilia, potendo essere l'espressione di condizioni ambientali e sogene identiche.

L'Anau ed altri sostengono infatti che in tali casi l'E. sia sempre in rapporto a fattori esogeni, in massima parte parassitari, che si sottraggono alla ricerca.

Giffin, Giroux, invocano una insufficienza respiratoria grave.

Prospettata così, schematicamente, la questione delle E. essenziali, riferirò un caso occorsomi nell'Ospedale di S. Spirito.

Si tratta del contadino S. Paolo, di 23 anni, di Marano Equo, entrato in Ospedale il 3-IX-1934. Genitori viventi e sani; la madre ha avuto un aborto e 6 figli di cui 3 morti in tenera età per malattie acute, gli altri due godono buona salute.

Modico bevitore, non fumatore, non convive con cani.

Nega lues e malattie veneree in genere.

Nel 1930, infezione malarica a tipo terzanario, durata complessivamente due anni e curata con chinino.

Il 20-VII-1934, trovandosi per ragioni di lavoro in località Vallelata (Sabaudia), avvertì leggeri dolori addominali, febbre sui 38° non preceduta da brividi nè accompagnata da sudorazione con dispepsia e modica stitichezza: tale sintomatologia durata una diecina di giorni scomparve senza cura chininica. Nei giorni 5 e 6 agosto, eruzione cutanea pruriginosa diffusa a tutto il corpo.

Il 25 agosto — nonostante cura con arsichinina che un Sanitario aveva frattanto consigliato — astenia, vertigini, modica diarrea in cui vi sarebbe stata qualche venatura di sangue, febbre sui 37°-38° non preceduta da brividi, lievemente remittente nella mattinata, durata fino al 3 settembre, giorno del suo ricovero in Ospedale, dove si raccolsero i seguenti dati obbiettivi:

Individuo del III tipo morfologico di De Giovanni; condizioni generali discrete, sensorio vigile; decubito indifferente; stato di nutrizione e sanguificazione buono; mucose visibili rosee; cute molto irrorata, elastica con urticaria factitia provocabile in modo intenso e diffusamente. Sottocutaneo conservato. Si apprezzano linfogangli biepitrocleari; agli inguini sono aumentati di volume e consistenza. Normale l'apparecchio locomotore.

Polso: 50 al m' nella stazione eretta come nell'orizzontale, ritmico, alquanto molle. Riflesso oculo-cardiaco — 14. Pressione Mx. 110, Mn. 65, al Riva-Rocci.

Respiro regolare. Temperatura normale.

Nulla a carico degli apparati respiratorio e circolatorio.

Addome: regolare per forma e volume, poco trattabile nei quadranti superiori. Fegato: superiormente, nei limiti; il margine inferiore regolare, di consistenza poco aumentata, alquanto dolente, si palpa due dita dall'arcata sull'ascellare anteriore e all'unione del terzo medio con l'inferiore della xifo-ombelicale. Milza: in alto, all'ottava costola sull'ascellare media, in basso si palpa a un dito e mezzo dall'arcata regolare, non dolente, di consistenza aumentata.

Sistemi urogenitale e nervoso normali.

Esami collaterali:

Intradermoreazione secondo Casoni negativa.

Deviazione del complemento secondo Ghedini e Weinberg negativa.

Cutireazione alla tubercolina lievemente positiva dopo 24 ore.

Reazioni di Wassermann e al citochol negative.

Nelle feci, negativa la ricerca di vermi o di uova di vermi; solo una volta uova di tricocefalo.

L'esame delle urine rivela di notevole solo una discreta indacanuria.

Gli esami radiografici del torace e dell'apparato gastro-enterico non rivelano nulla di anormale.

Negli strisci di sangue assenza di parassiti malarici.

Globuli bianchi 14.600.

Formula leucocitaria: neutrofili 20; eosinofili 60; basofili 1; monociti 2; linfociti 17.

Durante la degenza in Ospedale (3 settembre-6 ottobre 1934) la temperatura solo una volta raggiunse 37°,2; si ebbero lievi accessi dispnoici circa una volta nelle 24 h. L'esame dello sputo non rivelò di notevole che numerosissimi leucociti quasi tutti E. Le feci non composte, senza muco nè sangue. Vi furono dei modici dolori alle masse sacro-lombari. Prive di efficacia si dimostrarono pozioni di cloruro di Ca e l'adrenalina per os.

Il 10 nov. successivo — dopo oltre due mesi — il paziente si fa rivedere fornendo i seguenti dati: il dolore spontaneo all'ipocondrio destro è diminuito; persiste quello alle masse sacro-lombari nei movimenti di flessione e di estensione del tronco; cefalea frontale pulsante a torso inclinato; scomparsi gli accessi dispnoici; qualche settimana prima, febbre sui 39°,8 non preceduta da brividi, accompagnata da dolori di gola, comparsa a mezzogiorno e scomparsa alla sera del giorno successivo. Forte appetito. I dati obbiettivi sono invariati.

Esami collaterali: Gl. r. 5.400.000; Hb. 80 (al Sahli); V. G. 0,74; Piastrine 220.000; Gl. b. 22.000.

Formula leucoc.: Granulociti neutrofili 10; Metamielociti neutr. 1; Metamielociti eosinofili 2; Granulociti eosinofili 70; Linfociti 14; Monociti 3.

In ogni mmc. quindi esistevano 15.620 E., mentre normalmente ve ne sono 300 in media; 2200 neutrofili, invece di 7000; 3300 linfociti invece di 2300; 660 monociti invece di 300. Esisteva pertanto una E. relativa e assoluta; una neutropenia relativa e assoluta; una linfocitopenia relativa e una linfocitosi e monocitosi assolute. Negli strisci di s. non si rinvenne il parassita malarico.

Dopo qualche mese (14 dicembre), il paziente si fa rivedere e riferisce che persistono la cefalea frontale con i caratteri già ricordati e i dolori all'ipocondrio destro, alle masse sacro-lombari, e alle spalle. L'appetito è ottimo. L'alvo regolare. Non febbre. L'ammalato ha il volto congesto, mucose visibili rosse. Polso 62. Riflesso oculo-cardiaco — 14. Pressione Mx. 110, pressione Mn. 60. Urticaria factitia notevolmente ridotta; dolente l'epigastrio; grandezza del fegato e della milza e stato dei linfogangli invariati.

Esami coll.: Gl. r. 6.620.000 circa, nel s. capillare e nel venoso; Hb. 102; V. G. 0,77; Piastrine 460.000 per mmc.; Gl. b. 18.600.

Resistenza globulare (sec. Viola): $R._1$ 0,34; $R._2$ 0,38; $R._3$ 0,40.

Tempo di emorragia 2'; tempo di coagulazione 6'; retrazione del coagulo normale; segno del laccio negativo.

	Formule leucocitarie: a digiuno di mattina	A digiuno s. venoso	dopo cena
Neutrofili	46	41	61
Eosinofili	26	33	20
Basofili	1	1	—
Linfociti	23	23	18
Monociti	2	2	1
Mielociti neutrofili	2	1	—

Esami radiologici:

Torace: l'esame non mostra che un ingrandimento a carico del cuore.

App. digerente, cranio, arti: nulla di anormale.

Rivedo il p. il 3-2-1935: condizioni generali ottime; persistono i doloretti epigastrici e l'epatosplenomegalia; l'urticaria factitia è quasi scomparsa. L'esame del s. dà i seguenti risultati: Globuli r. 6.500.000; Hb. 100; VG. 0,79; Piastrine 465.000.

Form. leuc.: Neutrofili 70; Eosinofili 8; Basofili 0; Linfociti 13; Monociti 8.

Nella disamina diagnostica di questo caso ci si è per prima profilata l'infestazione da vermi. L'esame ripetuto delle feci ha solo una volta rivelato uova di tricocefalo, ospite che non è capace di dare E. secondo alcuni neppure di modico grado. La negatività di detto esame, l'assenza di sangue nelle feci e dell'anemia e le condizioni generali del p. depongono contro l'ankylostomiasi, per la quale manca ogni altro indizio clinico. La trichinosi è molto rara in Italia, d'altra parte i dati clinici e l'indagine radiologica fanno escludere tale diagnosi. Per la cisti da echinococco sono stati negativi gli esami radiologici, la Casoni e la Ghedini-Weinberg: è vero che le reazioni biologiche possono mancare nell'echinococcosi indicando che le membrane cistiche non sono permeabili alle sostanze sensibilizzanti, ma in tal caso dovrebbe mancare l'E. che è anch'essa un fenomeno biologico reattivo a distanza e sopratutto mancare l'orticaria che sta ad esprimere una sensibilizzazione in atto. L'E. e l'orticaria dunque valorizzano la negatività delle reazioni biologiche per escludere l'echinococcosi; aggiungo che una positività della Casoni non sarebbe stata decisiva per siffatta diagnosi, data la discreta aspecificità della intradermoreazione (sarebbe positiva nel 20 % di individui indenni da echinococco, secondo Antonelli e Panagia) tanto più che nel nostro

caso trattavasi di temperamento vagoestesico in cui la cute tende alle risposte aspecifiche; questa considerazione anzi avvalora di più la Casoni ripetutamente negativa ai fini della diagnosi nel caso in esame. Per altro, se, come ho ricordato, per alcune infestazioni sono state descritte E. così notevoli, mai, che io sappia, è stata vista una emoeosinofilia del 72 % in corso di echinococcosi (su 64 casi con E. raccolti dalla letteratura da Weinberg e Léger, nella metà l'E. non sorpassa il 7 %; in qualche caso arriva al 50 %; e solo in un caso è del 68 %).

L'E., l'orticaria dell'anamnesi, l'urticaria factitia, gli accessi dispnoici costituiscono, nel nostro p., un complesso sintomatologico molto significativo per la diagnosi generica di stato allergico. Interpretando i disturbi intestinali con le poussées febbrili e l'indacanuria nella maniera più ovvia di fatti enterocolitici, si può pensare che tale allergia, magari con la sofferenza epatica, si sia istituita per assorbimento di sostanze insufficientemente elaborate. Ma è giustificato mettere l'E. in contro di uno stato anafilattico?

Schlecht e Schwenker, Schwieger, V. Neusser, Austoni e Tedeschi, P. J. Ménard, Bezançon e Moreau sono d'avviso che non si può stabilire un legame solido tra anafilassi ed E. Pasteur Vallery Radot e collaboratori non hanno mai visto E. in dieci casi di anafilassi sperimentale. Essi dall'esame di 253 sofferenti di diverse manifestazioni anafilattiche concludono che l'E. si osserva nella maggior parte delle crisi di anafilassi respiratoria: nel 76 % dei casi di asma, nel 74 % dei casi di febbre da fieno, nel 54 % di quelli di coriza spasmodica, mentre non si riscontra nelle crisi imputabili precipuamente ad anafilassi intestinale (orticaria, edema di Quincke, emicrania). L'E. pertanto non farebbe parte del quadro anafilattico ma sarebbe un fatto legato alle speciali condizioni funzionali create dall'anafilassi al livello dell'apparato respiratorio. Il Pescatori, utilizzando particolarmente le osservazioni degli AA. francesi e avvalendosi dei risultati di ricerche personali, riferisce all'asfissia dei tessuti la genesi di ogni specie di E.

Tutti questi fatti rendono poco verosimile una interpretazione anafilattica dell'E. in esame. Se poi si considera che essa è stata di una intensità mai osservata negli stati di anafilassi e che ha presentato, nello spazio di cinque mesi, un decorso regolare ed uniforme senza le oscillazioni proprie di detti stati e senza leucopenia ma viceversa con leucocitosi, riesce insostenibile anche l'ipotesi che una condizione anafilattica abbia agito indirettamente attraverso un'insufficienza respiratoria. Perciò io credo che seppure un fatto di anafilassi sia intervenuto esso non abbia avuto nessun rapporto di causalità col fenomeno E.

Non è il caso poi di discutere il linfogranuloma maligno e i tumori di qualsiasi genere non fosse altro che per le condizioni generali, il decorso e la poliglobulia.

A questo punto, è allora opportuno domandarsi se proprio non si tratti di una E. essenziale interpretata in senso costituzionale ed ereditario dal Bastai e nel modo anzidetto da Levrat e Chalier. Intanto, gli esami di sangue praticati sui membri della famiglia (padre, madre, fratello) sono stati negativi, mentre il fatto che l'E. intensa non è stata persistente, ma negli ultimi tempi, pur in assenza di opoterapia splenica, si è ridotta a proporzioni modeste, con un decorso privo di grandi oscillazioni, induce notevoli riserve per una tale diagnosi senza, per altro, farla escludere con sicurezza.

Anche se si vuol credere alla sua esistenza, non mette conto discutere la possibilità di una leucemia a tipo E. che il decorso e la modesta leucocitosi ad elementi maturi mettono senz'altro fuori causa.

Pertanto, a me pare, il presente caso non si presta a nessuna delle interpretazioni finora escogitate per l'E. intense. Senza pretendere di volerne dare una personale e convincente — per la quale del resto mancano ricerche più complete, che tuttavia mi riprometto di fare — mi limito a far notare che parallelamente alla diminuzione dei globuli bianchi e degli E. sono aumentate le emazie e si sono raddoppiate le piastrine, come si rileva dalla seguente tabella:

	G. B	E.	G. R.	H b.	V. G.	Piastrine
10-IX-1934	14600	60				
10-XI-1934	22000	72	5400000	80	0,74	220000
14-XII-1934	18600	33	6620000	102	0,77	460000
3-II-1935	5400	8	6500000	100	0,79	465000

Tale quadro di iperpiastrinemia e di poliglobulia ad elementi maturi nel sangue capillare come nel venoso, insieme con i risultati delle prove emogeniche, fa pensare se non si tratti, magari al suo inizio, di una sindrome del Vaquez per cui parlerebbe anche la ipotensione arteriosa, che sarebbe una nota importante della sindrome, definita anzi dal Grep-

pi come « pletora globulare ipotonica ». Nella detta sindrome inquadrerebbe ancora la epato-splenomegalia, nella quale peraltro non si sa quanto abbia giocato la pregressa infezione malarica. Vero è che, nel caso in esame, una poliglobulia vera — rientri oppur no nell'ambito della sindrome di Vaquez — si è, nella anormalità del quadro ematologico, lentamente sostituita ad una intensa E. Non è possibile chiarire i rapporti tra i due fenomeni, ma è suggestivo pensare che la anossiemia o meglio l'asfissia dei tessuti invocata nella genesi delle E. (Pescatori e altri) sia stata altresì creduta anello centrale della catena patogenetica nella sindrome del Vaquez; che la sostanza eosinofila sia ritenuta da autorevoli AA. non altro che emoglobina rielaborata dagli E. (Zietschmann, Stschastnyi, Weidenreich, Liebreich, ecc.) ovvero autoctona di essi (Pouchet, Semmer, Pappenheim); e che, pertanto, un'unica causa immediata abbia presieduto alla genesi dei due fatti ematologici.

RIASSUNTO.

Si descrive, discute e interpreta un caso di emoeosinofilia intensa seguita da poliglobulia.

BIBLIOGRAFIA.

GIFFIN H. Z. *Eosinofilia persistente con iperleucocitosi e splenomegalia.* Am. Jour. of Med. Sc., V, 158, 1919.
AUBERTIN et GIROUX. *Splenomegalia eosinofila.* Presse Méd., 314, XXIX, 1921.
Mc DONALD e SHAW. *Splenomegalia eosinofila.* Brit. Med. Journ., p. 966, 1922.
ALEXANDER M. E. *Splenomegalia con iperleucocitosi eosinofila.* Jour. of Labor. e Clin Med., V-IX-1924.
PASTEUR VALLERY-RADOT, P. BLAMOUTER, F. CLAUDE e GIROUD. *L'eosinofilia sanguigna negli stati anafilattici.* Presse Méd., p. 1601, 22-XI-1926.
SMITS E. *Un caso di eosinofilia costituzionale.* Münch. Med. Woch., LXXIV, p. 896, mag. 1927.
ARMAND-DELILLE e Mme DE PIERREDONE. *Iperleucocitosi con eosinofilia molto elevata e splenomegalia.* Bull. Soc. de Pédiat. de Paris, 25, p. 424, ott.-nov. 1927.
E. FANTON. *Contributo alla cosiddetta diatesi eosinofila.* Clin. Ped., 19, 295, mag. 1928.
PESCATORI. *Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'eosinofilia,* Haemat., II, p. 477, 1930.
F. F. HARRISON. *Eosinofilia con splenomegalia.* Am. Jour. Med. Sc., 179, p. 208, feb. 1930.
ARMAND-DELILLE, A. F. HURST e V. E. SORAPURE. *Eosinofilia familiare.* Guy' s Hosp. Rep., 80, p. 248, apr. 1930.
J. CHALIER e M. LEVRAT. *La grande eosinofilia sanguigna. Insufficenza splenica eosinofila.* Lyon Méd., 146, p. 305, 14 sett. 1930.
A. M. DREHNAN e J. H. BIGGARD. *Eosinofilia persistente.* Jour. Path. e Bact., 33, p. 995, ott. 1930.
W. H. ALLEN e W. C. THRO. *Un caso di splenomegalia con eosinofilia.* Mil. Surgeon 68, u. 503, apr. 1931.
CATTANEO. *Contributo allo studio dell'eosinofilia costituzionale.* Haematologica, vol. XX, fasc. III, 1931.
DALLA PALMA. *Sull'eosinofilia familiare.* Policlinico, Sez. Med., XII, 1931.
MOLTENI. *Considerazioni sopra un'osservazione di ipereosinofilia senza causa apparente a distribuzione familiare.* Riv. Clin. Ped., p. 889, 1932.
DOLFINI. *Un caso di grande eosinofilia.* Comunic. alla Soc. Med. Chir. di Padova, seduta del 16 giugno 1933.
MURPHY. *Un caso di origine oscura d'eosinofilia straordinariamente elevata.* The Brit. Med. Jour., n. 3, 787, 5, VIII, 1933.
STEWART. *Eosinofilia familiare.* The Am. Journ. of med. Sc., CLXXXV, n. 1, gen. 1933.
ANTONELLI e PANAGIA. *Sul valore della intradermoreazione e dell'eosinofilia sanguigna nella diagnosi della cisti da echinococco ecc.* Rif. Med., n. 26, 1933.
GREPPI. *Ipofisi e surrene negli stati di pletora ipertonica.* Rass. Med., a. XIV, n. 3, 1934.
FERRATA. *Emopatie,* vol. I, par. I, p. 80.

NOTE E CONTRIBUTI

Dottrina costituzionale della motilità.

Dott. GIANNINO CONTE.

Lo studio del De Lisi « Fondamenti di una dottrina costituzionale della motilità », *Athena*, n. 6, 1933, mi ha deciso a trattare l'argomento in relazione con la fisiologia e la patologia umana.

1) Che cosa si deve intendere per motilità; e sviluppo della dottrina costituzionale motoria.

Il De Lisi non dà una definizione precisa della motilità ma parla in linea generica di movenze, intendendo per movimento la gamma dei gesti con i quali coloriamo il discorso e che esprimono la nostra personalità. Dimodochè per motilità s'intende il portamento di ciascun individuo.

L'autore stabilisce che nessun atto motorio è volontario non solo il congenito e istintivo ma anche l'intenzionale, il quale facilitandosi e aumentando di produttività tende ad automatizzarsi e ad immedesimarsi con quello. Per questo la costituzione motoria non essendo controllata dalla volontà sarà influenzata da una serie di fattori per i quali si costituirà un temperamento per ciascun individuo e quindi il portamento rifletterà una fisonomia inoccultabile. Il De Lisi enumera una serie importante di cause di variazione motoria, la razza, il sesso, l'età, ecc. ma non mette in

conto nel suo studio due importantissimi fattori e cioè *lo stato fisiologico e lo stato patologico*: Infatti la malattia influisce sullo spirito e porta con meccanismi variabilissimi modificazioni sul contegno motorio e quindi sul portamento con genesi differente secondo la particolare condizione morbosa individuale.

La variazione del portamento può essere dovuta a stati depressivi o irritativi per la preoccupazione e la instabilità di umore che il decorso del male conduce con sè o sarà determinata da alterazione dei centri psicomotori, diretta nella malattia del sistema nervoso e con genesi umorale in tutti gli stati patologici influenzanti il cerebrospinale e neurovegetativo: non si deve però dimenticare che anche questa seconda categoria giocano una parte importante anche le condizioni psichiche sempre deviate in ogni malattia e che si riassumono nella parola suggestione.

In linea generica lo stato morboso o meglio una qualunque condizione non fisiologica agisce profondamente sull'animo umano ed anche sulla vita puramente istintiva dei bruti interrompendo la continuità equilibrata dell'esistenza non solo determinando una intrinseca rivoluzione dello spirito ma esteriorizzando attraverso il portamento tutto lo svolgersi della incosciente tranquillità goduta durante la perfetta salute. Le variazioni notorie possono essere fissate in una linea parallela col decorso del male.

1) Denotano una grande depressione nell'insorgere della malattia quando l'individuo viene ai primi contatti con la medesima: Questo stato dura poco.

2) In un secondo periodo il portamento segue tutti gli alti e bassi del decorso subendone tutte le influenze.

3) La terza fase è fatalmente depressiva o irritativa nei casi nei quali si è maturata la coscienza della inguaribilità: euforica invece quando è sicuro il buon esito.

Dunque il contegno motorio divide nettamente gli individui in sani e malati e ci ricorda che, prima fra le cliniche, la pediatria insegna la necessità d'interessarsi della motilità dei bambini per arguirne lo stato di salute. Ma il portamento ha più valore nella medicina degli adulti nei quali il maggior sviluppo intellettuale conferisce una più grande finezza di sfumature alle movenze e agli atti mimici, perchè in essi la malattia oltre che l'azione materiale ne porta una psicologica tutta speciale e molto più importante. Nell'individuo sano la motilità sopratutto mimica è franca dimostrando sicurezza, tranquillità e serenità; mentre nel malato vedremo trasparire la pena interna attraverso ad un contegno motorio ora timido e pauroso, ora incerto e scontroso, ora irrequieto e fiacco.

Ho tratteggiato nelle linee generali l'espressione motoria del sano e del malato; però attraverso la sottigliezza delle gradazioni e con un certo esercizio pratico dell'osservazione può essere precisabile, se non la singola malattia, almeno la categoria costituzionale della medesima.

Grande importanza nelle variazioni individuali della notilità è riservata logicamente alle malattie nervose vere e proprie nelle quali è comprensibile il doppio meccanismo psicomotorio: Ho trovato che in tutte le malattie interrompenti la regolarità, continuità ed equilibrio dei movimenti (sclerosi in placche, Parkinson, tabe dorsale) a parte i sintomi classici di tremore, atassia ed altri, c'è nei malati una certa timidezza e paura in modo che la loro motilità sembra come sacrificata dall'impressione di sbagliare o di cadere nel difetto più grave causato dal loro morbo (tremore, atassia, ecc.), tanto da compiere con evidente malavoglia i gesti loro ordinati a scopo d'esame.

Maggior valore per le variazioni motorie individuali è riservata agli ormoni: non intendo parlare degli stati patologici veri e propri che sono troppo evidenti, ma di quelle lievi condizioni di disfunzionalità quasi sempre non considerate patologiche e che vengono molto bene esteriorizzate dal portamento: così per esempio alcuni stati d'irritabilità ed agitazione sono riferibili a parziale iperfunzione tiroidea mentre alcuni tipi sonnolenti e apatici ricordano l'iposurrenale.

Anche la tubercolosi polmonare è chiaramente esteriorizzata dal portamento e in modo differente dai due sessi. Ognuno ha osservato che le donne affette da tubercolosi polmonare sembrano diventare più belle; questo mutamento estetico si unisce ad un altro che riguarda la motilità, la quale cambia verso un tono di languore e di indolenza. L'uomo invece produce alti e bassi di irrequietudine e di rilassatezza certamente legati a stati ora euforici ora depressivi dovuti al forzato abbandono del lavoro, alla impossibilità di riuscire utile, a vane speranze di guarigione seguite da scoraggiamenti.

Come si vede lo schema che segue non corrisponde a quello del De Lisi nè a quello di De Giovanni ma si accorda assai più con quest'ultimo pure non adattandosi perfettamente.

2) *Schema della costituzione motoria*:

Tipi costituzionali motori		Combinazioni De Giovanni
Secondo il mio studio	Secondo il De Lisi	
1° Dinamico	1° forte, celere, abile, agile	normotipo
2° Statico	2° forte, lento, inabile, pesante	
3° Agitato	3° debole, celere, abile, agile	1ª combinazione
4° Tardo	4° fiacco, lento, inabile, impacciato	1ª e 3ª combinazione
5° Pesante		3ª combinazione

a) Dinamico e statico.

Possono essere riferiti al normotipo e riassumono in sè le note della forza e della salute. In questi il portamento denota sicurezza in sè stessi e fiducia nelle proprie forze fisiche e morali in merito al perfetto equilibrio fisiologico, ormonico e nervoso. La motilità del tipo dinamico è energica, decisa, sempre proporzionata allo scopo e le caratteristiche motorie del tipo statico sono definite da maggior dosatura e calma senza torpidezza.

Questi due tipi rappresentano la bellezza del portamento, espressione dell'interna armonia fisiologica unita alla plasticità, regolarità e compostezza delle forme; sono due esemplari fondamentalmente teorici di cui in pratica se ne potrà trovare di uguali, ma sarà molto più facile incontrare deviazioni verso i tipi anormali. La difficoltà di osservare una costituzione motoria perfetta va parallela con l'altra di osservare l'individuo fisiologicamente a punto e non dico perfettamente sano che è tutt'altra cosa; ma questi tipi deviati devono però essere considerati normali perchè maggiormente si avvicinano agli esemplari perfetti sopradescritti.

b) Agitato.

Corrisponde al microsplancnico. Le doti di abilità, agilità e celerità qui non sono costanti perchè legate alla costituzionale fragilità somatica. Il portamento dimostra agitazione, irreflessività, colorando in modo fantasioso il concetto espresso, mentre tutta l'attività motoria è esagerata nei confronti dello scopo da raggiungere. Gli individui di questo gruppo, sovente con tendenza alla acromegalia, catabolici e per lo più intelligenti, sono linfatici, anemici o tubercolosi.

c) Tardo.

Corrisponde sia alla prima come alla terza combinazione di De Giovanni. In esso la motilità è tarda ed impacciata con portamento mancante di disinvoltura esprimendo l'interna sonnolenza dei centri psicomotori; il gesto non colora mai a sufficienza il pensiero espresso e la mimica motoria è indolente e priva di forze spirituali. Gli individui di questo gruppo talvolta compiono qualche atto energico ma subito lo reprimono come fossero dominati da una forza misteriosa che li riconduce all'abituale torpidezza. In questo gruppo rientra il linfatismo florido, le forme tubercolari torpide e lente, le malattie nervose e mentali, le forme arteriosclerotiche, le malattie del ricambio, l'alcoolismo, l'addisonismo, l'ipotiroidismo: gli individui sono anabolici e generalmente poco forniti d'intelligenza.

d) Pesante.

Corrisponde ma non nettamente alla terza combinazione e non ha l'uguale nello studio del De Lisi. Qui la espressione motoria è ridotta al minimo umanamente immaginabile con portamento addirittura sonnolente, privo di luce ed incapace di descrivere una personalità.

Gli individui di questo gruppo sono esseri vegetanti all'infimo gradino dei valori umani. Le malattie sono: la senilità decrepita, il primo passo verso la demenza tardiva, l'obesità, l'anticamera dell'apoplessia.

Non ho elencate tutte le forme morbose proprie di ciascun gruppo perchè volerlo fare sarebbe assurdo, mentre bisogna ammettere che molto sovente l'appartenenza ad una determinata categoria significherà predisposizione piuttosto che malattia vera e propria.

L'applicazione pratica dello schema si farà prima di tutto con la nostra personale osservazione con la quale analizzeremo il portamento di ciascun individuo composto d'ogni minimo gesto, dal modo di presentarsi, dal modo di star seduto, alla disinvoltura più o meno grande, alla mimica. Sopratutto dovremo dare valore a tutto lo scenario motorio con il quale ognuno accompagna i suoi racconti e che spessissimo è parte integrante indispensabile del dire.

Questa coreografia motoria ha molto valore

per noi medici in quanto spesso un solo gesto, assai meglio di qualunque frase, ci dimostra l'importanza reale del male descrittoci e la valutazione e l'ipervalutazione pensate e credute, ma sovente pensate e volute da parte del malato.

L'abitudine all'analisi delle caratteristiche motorie sarà del resto il mezzo più comodo e più sicuro per perfezionare questo nuovo tipo di esame diretto.

Ci serviremo in secondo luogo del racconto dei famigliari e così potremo sapere tutti i minimi mutamenti avvenuti negli atti motori e, di questi, tutte le deviazioni, tutte le irregolarità vecchie nuove, assolute, cioè, portate fin dalla nascita e quelle relative dipendenti dalle interne ed acquisite rivoluzioni fisiopatologiche.

Il racconto dei famigliari sarà utilissimo sopratutto per stabilire quando cominciarono a mutare le caratteristiche del portamento di una persona, in che modo mutarono, con quale intensità e con quale durata si mantenne il cambiamento nei confronti dello stato precedente.

Breve conclusione.

Concludo dicendo che pure essendo già stato fatto nel passato gran parte di quanto ho scritto il merito del mio studio sta nell'avere fissato uno schema e quindi d'avere reso dottrinale un concetto fino ad ora sfuggito e rimasto necessariamente vago.

La legge morfologica di De Giovanni non perde niente del suo valore e non ho la pretesa assurda e vanitosa di sostituirla: però mentre la legge De Giovanni considera l'individuo in senso statico attraverso a misure e a speciale conformazione somatica, secondo il mio studio queste vengono esaminate nella loro espressione di forza e nelle loro caratteristiche dinamiche quindi, risalendo, se ne possono dedurre tutte le varie cause di perturbazione e per esempio, dove la legge morfologica porrà un individuo nella prima combinazione, secondo la teoria costituzionale motoria, potremo almeno con molta probabilità, stabilire se trattasi di un ipertiroideo, di un addisoniano, di un ipogenitalico e di un tubercoloso.

Quindi non c'è sostituzione ma completazione reciproca delle due teorie e per questo ho messo il mio schema accanto a quello di De Giovanni per dimostrarne il parallelo e la stretta parentela.

Prego che nella considerazione dello schema si constati la perfetta corrispondenza pratica della mia idea e che qualche maestro, assai più ricco di esperienza e di studio del sottoscritto, lo perfezioni, rendendolo maggiormente utile.

S. Bellino (Prov. di Rovigo), 24-XI-XIII.

RIASSUNTO.

L'A. fa un'applicazione della teoria costituzionale motoria alla patologia e fisiologia dimostrando fino a qual punto se ne può servire per la diagnosi.

SINTESI

Moderne vedute sul problema del cancro.

(J. P. Lockhardt-Mummery. *The Brit. Medic. Journ.*, 27 aprile 1935).

I problemi più importanti riguardanti i tumori sono questi: i processi per i quali un tumore compare in tessuti apparentemente normali, i fenomeni iniziali di questo cambiamento, e come il tumore si può prevenire o arrestare.

Fatti accertati nei riguardi dei tumori sono:

1) i tumori, benigni e maligni, si trovano nei mammiferi, nei volatili e nei pesci; non si trovano negli invertebrati;

2) la frequenza dei tumori è quasi uguale in tutte le parti del mondo per quel che riguarda numero di malati su 1000 abitanti;

3) invece vi sono variazioni notevoli riguardo agli organi colpiti;

4) la cellula tumorale è specifica per quanto riguarda la sua forma originale, cioè un tumore rettale se ha metastasi in altri organi conserva, in queste metastasi, gli stessi caratteri istologici del tumore primitivo;

5) il tumore nasce da una cellula e tutte le sue cellule provengono da quella; non si ha trasformazione in cellule tumorali delle cellule circostanti;

6) le cellule tumorali sono cellule che si riproducono con notevole rapidità e tutte le cellule di un tumore sono in attività riproduttiva. Le cellule tumorali non possono derivare da cellule altamente differenziate;

7) le differenze fra cellule tumorali e cellule normali per quanto riguarda la capacità di assorbimento dell'ossigeno e la glicolisi sono dovute unicamente alla più intensa attività delle cellule tumorali;

8) le cellule tumorali hanno una specificità di specie: le cellule di tumori umani non crescono in altri animali ed è difficilissimo trasportare le cellule tumorali da un uomo all'altro;

9) i tumori rappresentano una malattia della crescenza dei tessuti;

10) in alcune famiglie i tumori sono rari, in altre frequenti;

11) i tumori possono comparire in tutte le età, però compaiono più frequentemente nell'età avanzata;

12) fra le sostanze carcinogeniche studiate sperimentalmente la più attiva è il 1:2:5:6 — di-benzatracene; meno attivi sono il catrame; i raggi X e il radium.

L'iprite inibisce lo sviluppo dei tumori sperimentali.

Che cosa si può dedurre da quanto sopra?

I tumori, tanto benigni che maligni, sono il risultato di un'accelerata riproduzione cellulare; cioè se una cellula invece di riprodursi ogni quattordici giorni si riproduce ogni ora e questo avviene per un certo numero di cellule in un dato tessuto, si ha sviluppo di un tumore. Questo sviluppo abnorme si può spiegare in due modi: colla teoria infettiva o con quella genetica o con tutt'e due le teorie insieme, perchè mentre la prima spiega perchè il tumore si inizia, la seconda spiega come si forma.

La teoria infettiva trova varie obbiezioni: prima di tutto il fatto che se i tumori fossero di origine infettiva non si spiegherebbe come i tumori siano in aumento, mentre le altre malattie infettive diminuiscono col migliorare delle condizioni igieniche dell'umanità.

La teoria genetica è quella che riconosce nello sviluppo dei tumori una causa risiedente in una modificazione del nucleo cellulare, per cui la riproduzione anabolica è accelerata. Questa teoria spiega perchè il tumore rimane specifico nei riguardi del tessuto da cui proviene e perchè è possibile il trapianto del tumore.

La teoria genetica non spiega però perchè alcuni tumori sono maligni ed altri no. Secondo J. C. Mottram la rapidità di sviluppo delle cellule tumorali è quella che decide se il tumore sarà maligno o benigno: se la rapidità di sviluppo è scarsa si conserva la proporzione fra tumore e tessuto in cui il tumore si trova e si ha un tumore benigno; se la rapidità è grande il tessuto circostante al tumore è distrutto e si ha un tumore maligno.

Per quanto riguarda la cura, oggi possiamo dire che coll'intervento chirurgico, coi raggi X e col radium si sono ottenuti dei casi di guarigione e che questa è tanto meno difficile quanto più precocemente è stata fatta la diagnosi e iniziata la cura.

Certamente vi sono sostanze capaci di distruggere i tumori, come il piombo e il selenio, ma esse sono troppo velenose per l'organismo e i casi che ne hanno tratto giovamento sono troppo pochi.

Sieri anticancerosi sono stati usati con successo negli animali, ma nell'uomo i risultati non sono stati molto brillanti.

Il problema del cancro merita e necessita altre ricerche intense ed accurate.

R. LUSENA.

SUNTI E RASSEGNE.

CARDIOLOGIA.

La diagnosi clinica dei trombi cardiaci.

(M. LJASS e B. AGRANOWITSCH. *Kliniceskaja Medizina*, genn. 1935).

La trombosi di una delle cavità cardiache, reperto anatomo-patologico relativamente frequente, viene solo eccezionalmente diagnosticata *intra-vitam;* il numero dei casi pubblicati di diagnosi clinica confermata al tavolo anatomico non supera la diecina.

Gli AA., che hanno avuto occasione di osservare 11 casi del genere (fra questi 3 casi diagnosticati clinicamente), hanno cercato, in base alla esperienza propria e degli altri AA., di inquadrare la sintomatologia di tale affezione.

Quale premessa etiologica e anatomo-patologica va ricordato che il trombo si forma in cavità dilatate con deflusso ostacolato, condizione che più frequentemente si riscontra nelle orecchiette con stenosi dell'orificio atrio-ventricolare. Non sono rari i casi di trombosi bilaterale delle orecchiette.

L'alterazione acuta o cronica del muscolo cardiaco provoca un rallentamento della corrente sanguigna specie nelle zone iuxtamurali e negli spazi circoscritti dai m. pettinati, dove i movimenti vorticosi vengono notevolmente ritardati. Quali cause coadiuvanti vanno ricordate le lesioni infiammatorie dell'endocardio e le alterazioni della crasi sanguigna espresse dalla diminuzione delle globuline, ritardo della sedimentazione e acceleramento della coagulazione.

Il trombo stesso può essere aderente, organizzato o mobile nella cavità cardiaca; la sua maggiore o minore friabilità contribuirà alla formazione di emboli con la nota sintomatologia periferica degli infarti.

Le considerazioni etio-patogenetiche sulla formazione dei trombi permettono di sospettare la presenza di questi nei casi di stenosi mitralica e endocardite in atto caratterizzati dalla relativa antichità del vizio (nelle osservazioni degli AA. il vizio datava da 3-17 anni; su 11 casi 10 erano affetti da endocardite ricorrente).

Dal punto di vista della fisiopatologia circolatoria del trombo, il fatto caratteristico è rappresentato dal suo progressivo accrescimento con conseguente limitazione dello spazio destinato alla corrente sanguigna; di qua il grave affanno degli infermi, cianosi accentuata, che può variare fra cianosi pallida e cianosi rossa (eritrocianosi di Lutembacher in un caso di occlusione trombotica delle vene polmonari), che presenta spesso la localizzazione caratteristica della acrocianosi; inoltre, a carico degli arti, insieme con notevoli edemi si manifesta un'accentuata iposfigmia e raffred-

damento che talora possono culminare nella gangrena di questi o in fatti ulcerativi determinati dalla ipoestesia. Tale fenomenologia, che è in sproporzione all'entità del vizio, raggiunge la sua espressione massima quando il trombo viene a occludere completamente l'ostio atrio-ventricolare. Da Hinzmann è stato descritto un caso di occlusione intermittente dell'orifizio atrio-ventricolare; gli attacchi si manifestavano con improvvisa perdita di coscienza, impallidimento, scomparsa del polso, convulsioni cloniche a carico degli arti.

Un'altra manifestazione caratteristica è rappresentata dalla spiccata tachiaritmia; la frequenza del polso (quasi incontabile) raggiunge spesso i 200; essa non risente affatto della azione della digitale.

In tutti gli undici casi degli AA. si notava anche colorazione itterica più o meno intensa delle sclere e della cute; tale fenomeno sarebbe dovuto alla stasi polmonare conseguente alla stasi dell'orecchietta sin.; nei frequenti infarti polmonari una parte diretta spetta anche all'emolisi locale; inoltre vi contribuisce la lesione anossiemica del fegato, cui parenchima intossicato è leso nel suo potere di secrezione bilirubinica.

Secondo gli AA., a parte i casi di morte improvvisa dovuta all'occlusione brusca dell'ostio venoso, sarebbe caratteristico il subitaneo passaggio dell'asistolia in uno stato di agonia prolungata, che dura di solito 2-3 giorni, in cui alla cianosi, alla tachipnea e tachiaritmia, si associa la completa perdita di coscienza; si è di fronte al nuovo fattore aggravante, rappresentato dal trombo, che si sovrappone alla precedente insufficienza circolatoria.

Concludendo: dal complesso dei fattori e sintomi, rappresentati da: endocardite, stenosi dell'ostio atrio-ventricolare (quasi sempre mitralico), vizio antico, infarti, affanno e tachicardia sproporzionati all'entità del vizio e non influenzabili colla digitale, cianosi notevole, subittero, modificazioni terminali o intermittenti dello stato circolatorio con raffreddamento delle estremità — tutti questi dati ci permettono in una serie di casi di diagnosticare o per lo meno presumere sull'esistenza di trombosi cardiaca. S. MINZ.

Le contusioni del cuore.

(C. S. BECK. *Journal Amer. Medic. Assoc.*, 12 gennaio 1935).

Molte ferite del cuore sono penetranti, prodotte da corpi puntuti o da proiettili. Ma vi sono traumi cardiaci di natura prettamente contusiva.

Generalmente si ritiene che la gabbia toracica costituisca una sufficiente protezione per il cuore, per modo che questo sfugga alle azioni lesive cui sono soggetti altri organi come il fegato, la milza, i reni ed il cervello. Non si tiene però conto del fatto che il cuore trovandosi immediatamente dietro lo sterno, può subire indirettamente le azioni traumatizzanti che si esercitano su quest'osso, senza dire che una compressione esercitata sulla parete anteriore del torace può spingere il cuore contro i corpi delle vertebre.

Non è dubbio che il cuore può subire, all'infuori di quelli penetranti, l'azione di molti traumi contusivi, i cui effetti non si rilevano all'esame clinico perchè di natura funzionale e transitori.

In collaborazione con E. F. Bright l'A. ha fatto uno studio clinico-sperimentale degli effetti delle contusioni del cuore.

Furono esaminati 175 casi: in 152, ossia nell'87 %, si verificò la morte per rottura di una o due cavità; in 11, ossia nel 6 %, si verificò la morte per insufficienza del miocardio; ed in 12, ossia nel 7 %, si ebbe la guarigione dopo manifestazioni cliniche varie.

Ma non è dubbio che la proporzione delle guarigioni è in pratica molto superiore. In effetti le contusioni o ferite non penetranti del cuore raramente provocano la morte. Il cuore può tollerare una forte azione traumatizzante e guarire. I dati sperimentali confermano questo fatto.

Bright e Beck in una serie di 25 esperimenti provocarono contusioni del miocardio di varia intensità. Applicarono su un'area del ventricolo destro o sinistro un certo numero di colpi con uno strumento metallico, a seguito di che il miocardio si gonfiava a seguito di emorragie interne. Si constatò immediatamente una tachicardia ed eccezionalmente rallentamento del polso. L'elettrodiagramma dimostrò alterazioni simili a quelle date da malattie delle coronarie. Non di rado si produssero emorragie nella cavità pericardica. Di solito il cuore si dilatò, i toni si alterarono e la tachicardia persistette per tre settimane. Di solito dopo qualche tempo si stabilirono aderenze pericardiche.

Solo in cinque esperimenti si ebbe la morte per rottura del cuore, per fibrillazione auricolare o per insufficienza cardiaca da tachicardia.

I sisultati ottenuti fanno concludere che il cuore può tollerare forti traumi contusivi, che la guarigione delle contusioni cardiache costituisce la regola, che la morte costituisce l'eccezione ed è provocata dalla fibrillazione auricolare, dalla rottura del miocardio o dall'esaurimento del miocardio prodotto dalla tachicardia.

Clinicamente le ferite non penetranti del cuore possono essere prodotte:

1) da un colpo diretto sulla regione precordiale producente frattura dello sterno e delle costole, i cui frammenti sono proiettati contro il cuore. Ne può seguire una ferita penetrante in una cavità del cuore con morte immediata, oppure semplice schiacciamento del miocardio. A quest'ultimo può seguire: rottu-

ra tardiva del miocardio, insufficienza cardiaca con o senza rottura, un'aneurisma, oppure la guarigione completa;

2) da contusione o compressione del cuore tra lo sterno in avanti e le vertebre indietro. Questo spazio è quasi interamente occupato dal cuore ed ogni sua riduzione agisce direttamente sul cuore. Lo sterno e le costole possono o non essere fratturate. Si può determinare la rottura del cuore senza frattura delle ossa toraciche;

3 dall'applicazione indiretta di forze, come l'improvvisa compressione esercitata dalle cosce sull'addome;

4) dalla lacerazione dei visceri toracici, come può capitare nelle cadute dall'alto;

5) dalla concussione del cuore: sono registrati casi di eccitazione del vago con arresto del cuore.

Il meccanismo con il quale si verifica la rottura del cuore nei traumi non penetranti è il seguente:

1) Scoppio del cuore quando questo è compresso tra lo sterno e le vertebre.

2) Lacerazione del miocardio che è un tessuto molto fragile.

3) Rammollimento del miocardio consecutivo a contusione.

4) Aumento della -pressione intracardiaca a seguito d'improvvise forze compressive sull'addome.

La quistione se convenga agire chirurgicamente in ogni caso di rottura del cuore è ancora aperta. È ovvio che data la rapidità con la quale si verifica la morte l'intervento non può avere probabilità di successo se non fatta quasi immediatamente dopo il trauma. La decisione quindi deve essere eroica, istantanea e naturalmente presa in un ambiente dove l'operazione possa essere praticata.

Le forme nelle quali il versamento ematico endopericardico è scarso e lento, quando cioè la ferita non è penetrante in una cavità cardiaca l'intervento è sempre consigliabile. In un individuo colpito alla regione pericardica da una palla durante una partita di calcio si verificò un'emorragia endopericardica. La cavità del pericardio fu aperta e fu asportato il sangue. Si ottenne la guarigione.

La quistione dell'opportunità della operazione nei traumi penetranti può essere risolta solo con l'esperimento. Nei casi nei quali l'area del miocardio è rammollita in modo da far temere che si possa riavere la rottura dopo la sutura, è necessario procedere anche all'innesto del pericardio sulla parte contusa. Così facendo si rinforzerà la parete del cuore e si renderà più resistente di fronte ad eventuali aumenti della pressione intracardiaca. Questo metodo potrebbe essere applicato anche nelle affezioni non traumatiche, nell'infarto miocardico e nei casi di rottura spontanea nei quali le pareti auricolari e ventricolari sono patologicamente fragili. DR.

Ricambio gassoso e riserva alcalina in diversi stadi di scompenso cardiaco.

(N. EINIS, *Kliniceskaja Medizina*, genn. 1935).

Le ricerche dell'A. sono state eseguite su 32 infermi affetti da vizi mitralici; il metabolismo basale è stato osservato con apparecchio di Haldane, la riserva alcalina secondo il metodo di Van Slyke.

I risultati della ricerca hanno permesso di classificare i malati in tre gruppi, ognuno dei quali era anche caratterizzato da maggiore o minore gravità della sintomatologia clinica.

Nel primo gruppo, nel quale figurano malati con vizio relativamente ben compensato e senza fenomeni di stasi, è stato osservato un notevole aumento del metabolismo basale con riserva alcalina in limiti normali. L'aumento del consumo di O_2 è qui evidentemente da riportarsi alla maggiore attività del muscolo cardiaco e dei muscoli respiratori, il quale fa evitare l'accumulo dei prodotti non ossidati. Difatti, l'analisi dell'aria alveolare ha dimostrato un'utilizzazione relativamente scarsa dell'O_2 e la proporzione di CO_2 si manteneva bassa; l'aumento del metabolismo si compie mediante maggiore ventilazione polmonare (8-15 litri invece di 4-6). Dunque si tratta di un metabolismo aumentato solo apparentemente e non già per la maggiore attività del protoplasma cellulare come avviene nel morbo di Basedow.

I malati del secondo gruppo presentavano fenomeni da stasi, sia a carico del fegato che dei polmoni o degli altri organi. In essi la riserva alcalina era diminuita, il ricambio gassoso aumentato, sebbene in minor grado che nel gruppo precedente.

Qui, a malgrado della acidosi colla conseguente dispnea, la quantità dell'ossigeno consumato non superava la norma, probabilmente per il minor potere di utilizzazione dell'ossigeno — da riportarsi a sua volta all'acidosi e stasi tissulare; nonostante la dispnea anche la quantità dell'aria respirata è relativamente bassa (7-10 litri) a causa della diminuita capacità vitale (secondo Achard e Binet negli scompensati tale capacità può diminuire di 60 %). Anche la funzione dell'epitelio alveolare stesso viene menomata dall'alterato ricambio (Brauer).

Il metabolismo basale degli infermi del 3° gruppo si manteneva sui limiti inferiori della norma, talora con tendenza verso il deficit; in questi malati con fenomeni di iposistolia accentuata, l'analisi dell'aria alveolare ha dimostrata una percentuale molto bassa di CO_2 (fino a 1,3 %); l'utilizzazione dell'ossigeno non superava i 2 %; la riserva alcalina si dimostrava notevolmente diminuita (fino a 31 %). Anche in questo gruppo la scarsa capacità vitale faceva sì chè a malgrado la dispnea il volume respiratorio per minuto primo era relativa-

mente basso. Il ricambio gassoso diminuito è evidentemente dovuto alla spiccata acidosi; difatti già Eppinger ha dimostrato come l'utilizzazione dell'ossigeno e l'eliminazione del CO_2 diminuisce colla diminuzione del pH. (Lo stesso fenomeno è stato osservato dall'A. sugli infermi da lui studiati). Qui l'insufficienza circolatoria implica gravi alterazioni del ricambio tissulare in genere, di quello gassoso in particolare.

L'A. conclude, dunque, che col progredire dell'iposistolia diminuisce l'utilizzazione dello ossigeno, anche se nei primi stadi v'è aumentato consumo di esso per maggior lavoro del cuore e dei muscoli respiratori. Le possibilità di una relativa compensazione vengono annullate coll'aumentare della stasi polmonare, per la diminuita capacità vitale. La comparsa dell'acidosi e dell'anossiemia e della stasi aggravano ulteriormente il processo in quanto che riducono il potenziale di ossidazione e la avidità del protoplasma verso l'ossigeno (Nossonow, Alessandrow).

Le osservazioni dell'A. insieme con le conclusioni, basate su queste, permettono di spiegare sufficientemente l'azione terapeutica che viene negli stati di scompenso esplicata da preparati attivatori del potenziale di ossidabilità cellulare, quale p. es. la tiroidina, preconizzata da Eppinger. S. MINZ.

Le varie forme di angina pectoris.

(D. SCHERF. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 10 maggio 1935).

L'angina pectoris è un disturbo che può dipendere da cause diverse e quindi assumere forme differenti. Essa non è una malattia, ma un sintoma. È determinata da un difetto di circolazione del miocardio, che può verificarsi in condizioni diverse: trombosi coronaria, stenosi coronaria, stenosa mitralica ed aortica, tachicardia parossistica, anemie ed ipertireosi, crisi ipertensive.

1. Nella trombosi coronaria il dolore, l'oppressione, il senso di angoscia raggiungono il più alto grado d'intensità e durata. Ma sono stati osservati casi di occlusione di un grosso ramo di una coronaria, nei quali queste sensazioni erano appena avvertite o mancavano affatto e si aveva solo una grande debolezza, vomiti ed edema pulmonare.

Il dolore può irradiarsi in varie direzioni o anche presentarsi in localizzazioni atipiche, ad una spalla, ad un gomito, in varie parti dell'addome ed anche alla mascella. Non è possibile pertanto fondarsi sul dolore, specie quando ha sedi atipiche, per formulare una diagnosi, che può essere stabilita solo in base ad un esame completo ed accurato.

Anche quando compaiono dolori stenocardici fortissimi si può senz'altro parlare di trombosi coronaria. È notevole il fatto che anche nei casi nei quali la trombosi si verifica in un grosso ramo del sistema coronario il referto della percussione, dell'ascoltazione e radiologico può essere normale.

È caratteristico comunque il fatto che nelle prime ore dell'accesso si ha un forte aumento della pressione vasale, che cade poi più tardi. Questa ipertensione è stata interpretata come un fenomeno riflesso della trombosi o come un fatto antecedente e determinante la trombosi stessa. In ogni caso si può escludere che sia provocata dal dolore, perchè può aversi anche quando il dolore manca.

La trombosi coronaria può verificarsi in tutte le età, ma essa è sopra tutto una malattia dell'età matura; è più frequente tra i 55 ed i 60 anni. Nelle donne è più rara, si verifica nel 27 % dei casi. Spesso ne sono colpiti individui affetti da diabete e da ipertensione.

Senza dubbio il dolore è in relazione ad un disturbo dell'apporto di sangue al miocardio.

2. La stenosi coronaria è la causa più frequente di angina pectoris. Si tratta del restringimento di uno o di ambo gli ostii delle coronarie o di un ramo di queste arterie.

Gli accessi compaiono quando il cuore è sottoposto ad un maggior lavoro e quindi in seguito a sforzi, dopo i pasti, con l'esposizione al freddo.

Gli accessi si distinguono da quelli della trombosi per la loro breve durata, perchè risentono rapidamente l'azione dei nitriti, perchè compaiono a seguito di determinati strapazzi.

Per altro, anche qui gli accessi possono essere atipici: il dolore può mancare, irradiarsi in diverse direzioni, comparire in punti abnormi.

La diagnosi di angina pectoris da stenosi coronaria è spesso difficile perchè non ci sono segni semeiologici caratteristici di questa malattia, fatta eccezione del reperto dell'elettrocardiogramma. È perciò indispensabile praticare questo esame in ogni caso di dolore stenocardico.

Il dolore dell'angina pectoris anche in questo caso è dovuto ad un disturbo dell'apporto di sangue al miocardio. A seguito di sforzi occorre al cuore una maggiore quantità di sangue necessario perchè il miocardio possa disimpegnare un maggior lavoro. Ma il bisogno di sangue non può essere soddisfatto a causa del restringimento coronario. Il difetto di sangue con un meccanismo ancora oscuro, ma certo legato non all'anoxiemia ma al deficit del ricambio totale del cuore, provoca il dolore.

3. Nella stenosi mitralica ed aortica il grado accentuato possono verificarsi accessi di angina pectoris sia a seguito di strapazzi, ma talvolta anche nel più assoluto riposo. Il dolore per lo più è localizzato dietro lo sterno, ma può diffondersi anche alle braccia ed alla nuca. Nella stenosi mitralica grave gli accessi sono meno frequenti in quanto il malato non può eseguire sforzi corporei perchè sopraffatto subito dall'affanno e dal cardiopalmo; men-

tre gli individui affetti da stenosi aortica ne vanno più soggetti perchè anche nei gradi avanzati della malattia conservano una certa attività.

Talvolta, e specialmente nella stenosi aortica, i pazienti hanno anche accessi vertiginosi e brevi crisi di perdita di coscienza, sia in riposo che a seguito di movimenti. Ciò prova che, oltre a quella del cuore, è difettosa l'irrorazione sanguigna di altri organi.

In effetti il dolore stenocardico di queste malattie è anche esso dovuto ad un disturbo della circolazione del cuore. L'ipertrofia del cuore coesistente nei detti vizî valvolari richiede per le sue necessità nutritive una quantità di sangue ancora maggiore di quella richiesta in condizioni naturali e che non può essere fornita a causa dell'alterazione del circolo causata dal vizio dell'aorta o della mitrale. Da ciò, come per le condizioni precedentemente accennate, la comparsa delle crisi dolorose.

4. Nella tachicardia parossistica si possono verificare forme molto interessanti di angina pectoris.

È stato dimostrato che quando la frequenza del polso oltrepassa un certo limite si determina nel miocardio un sensibile aumento del bisogno di ossigeno, che il sangue non riesce a fornire a causa della sua velocità. Per tanto con il tempo si stabiliscono a carico del miocardio alterazioni, rilevabili con l'elettrocardiogramma, determinate appunto dalla sproporzione tra la necessità e l'apporto di ossigeno.

Il dolore anginoso può manifestarsi insieme a tutti gli altri sintomi provocati dalla tachicardia parossistica. Ma non di rado esso è isolato ed allora la condizione alla quale è legato può non essere riconosciuta. Per lo più si tratta solo di un senso di costrizione e di oppressione, mai accompagnato da senso di palpitazione.

Un elemento diagnostico interessante è costituito dalla reazione all'atropina: le iniezioni di questo alcaloide determinano un alleviamento di tutti i sintomi compreso il dolore stenocardico.

Talvolta accade che individui affetti da stenosi coronaria soffrono crisi di tachicardia parossistica accompagnate da intensi dolori stenocardici. La intensità e la durata dell'accesso sono tali da far pensare alla trombosi coronaria.

Viceversa vi sono casi nei quali in seguito a sforzi compare una breve tachicardia parossistica. Quando questo disturbo è accompagnato da dolori stenocardici si può pensare alla stenosi coronaria. Anche in questo caso giova per la diagnosi il criterio terapeutico: con il chinino si può impedire la comparsa della crisi tachicardica.

5. Nelle anemie accentuate si possono verificare accessi di angina pectoris a seguito di sforzi o semplici movimenti, i quali si rarefanno o scompaiono con il miglioramento dello stato del sangue. Non è dubbio che anche in queste condizioni il dolore è provocato dalla minorata circolazione del sangue del cuore.

Anche nell'ipertiroidismo si hanno talvolta dolori anginosi, che possono spiegarsi con l'aumentata attività cardiaca, con l'acceleramento del ricambio, con la velocità della circolazione, nonchè con la pressione esercitata sull'aorta.

6. Le crisi d'ipertensione vasale possono essere accompagnate da angina pectoris.

Si tratta di crisi nelle quali la pressione vasale può improvvisamente aumentare di 100 mm. Hg ed anche più e che, come ha notato Pal, possono essere accompagnate da disturbi imponenti: senso di angoscia, pallore, sudorazioni, palpitazioni violente, ronzii, vertigini, cefalea e sensazioni dolorose nella regione del cuore. Talvolta si hanno disturbi vasomotori localizzati che quando hanno sede in determinati organi possono estrinsecarsi con una sintomatologia allarmante ma transitoria (amaurosi, paralisi, afasia ecc. transitorie). Vi sono malati che soffrono tali accessi in ore determinate: dopo i pasti, dopo sforzi, o anche nel più completo riposo, di notte.

Crisi analoghe sono state constatate nel corso di tumori della parte midollare delle surrenali. E come in queste forme l'angina pectoris da crisi d'ipertensione è accompagnata da iperglicemia e da leucocitosi.

Le crisi di ipertensione, verisimilmente legate a disturbi ormonici, sono dovute ad uno spasmo vasale.

E l'angina pectoris non provocata da una delle condizioni già elencate non può essere determinata che da uno spasmo delle arterie coronarie o dei loro rami. Questo spasmo riduce l'apporto di sangue al cuore donde il dolore.

È in queste forme che i vasodilatatori, e particolarmente i nitriti, agiscono sicuramente e prontamente.

Accessi del genere si verificano anche nel corso dell'insufficienza aortica, della mesoaortite e della sclerosi coronaria, ma non è ancora chiaro con quale meccanismo il disturbo si determina.

In tutti gli individui che soffrono tali crisi la pressione diastolica è sempre molto elevata anche quando lo è di poco di quella sistolica.

Nell'angina pectoris da ipertensione vasale si possono avere buoni risultati dall'impiego dell'atropina, oltre che dei derivati della colina.

Dr.

FARMACOLOGIA E TERAPIA.

Sulla teoria e pratica dei rimedi ipnotici.

(G. Taubmann. *Mediz. Klinik*, 1° febbr. 1935).

Il fenomeno fisiologico del sonno, la cui definizione per lungo tempo non potè essere che negativa, nel senso di considerarlo quale so-

spensione di alcune attività organiche, solo ora comincia ad essere concepito come un processo attivo, analogo alle altre manifestazioni vitali.

Secondo le recenti ricerche della scuola di Pick esso rappresenta l'unica attività nella quale la sostanza corticale funge da organo esecutore e che in questo caso si trova alle dipendenze dei centri mesencefalici. Questi centri sarebbero di natura parasimpatica; difatti la prevalenza del sistema parasimpatico durante il sonno si rende evidente per la bradicardia, ipotensione ecc. D'altra parte, pur mancando i segni di maggiore attività vagale a carico dello stomaco e dell'intestino la maggiore eccitabilità del vago si estrinseca con maggiore frequenza degli spasmi della muscolatura liscia (sotto forma di asma bronchiale, coliche epatiche o renali ecc.), che si manifestano di solito nelle ore notturne; anche l'inizio del parto che di solito si verifica nella notte appartiene alla stessa categoria di fenomeni.

I farmaci destinati a favorire il sonno possono avere il loro punto d'attacco nella corteccia o nel mesencefalo; ai primi appartengono la paraldeide, il cloralio idrato, i derivati bromici; ai secondi i derivati barbiturici e la valeriana. (È degno di nota come il concetto teorico della vagotonia del sonno non ha potuto finora trovare la sua applicazione pratica nella possibilità di favorire il sonno mediante somministrazione di sostanze vagoeccitanti o simpaticoparalizzanti).

Dal punto di vista clinico e terapeutico la divisione degli ipnotici a seconda la loro zona d'azione ha avuto solo una applicazione limitata, inquantocchè si è cercato di associare i farmaci dei due gruppi; la scelta delle singole combinazioni si basa invece sull'analisi del disturbo individuale, il quale, per lo meno per ora, non può essere collegato con modificazioni di una o altra zona encefalica.

Quale premessa fisiologica nello studio della patologia del sonno va ricordato che il senso di ristoro da esso conferito si basa non solo sulla durata ma anche sulla qualità del sonno intesa quale la profondità di esso; quest'ultima può essere misurata vagliando l'intensità dello stimolo necessario a svegliare il soggetto. Normalmente la massima profondità del sonno è limitata alle prime ore di esso; vi sono però degli individui nei quali il sonno profondo dura di più; questi si sentono riposati anche dopo poche ore di sonno; negli altri, di cui il sonno è costantemente leggero, il riposo notturno si presenta insufficiente.

Quest'ultimo fenomeno costituisce uno dei disturbi meno tipici del sonno che non può neanche chiamarsi insonnia; oltre a questo, e prescindendo dalle insonnie sintomatiche, vi sono essenzialmente due tipi di agripnia; nel primo si tratta di una difficoltà nel prendere sonno: l'individuo non riesce a liberarsi dalle impressioni diurne, da pensieri o preoccupazioni; viene turbato il riflesso di interdipendenza fra la posizione di riposo e il presentarsi del sonno. Ora, in questi casi bastano i rimedi che agiscono deprimendo l'eccitabilità anche per breve tempo; l'ulteriore decorso del sonno si svolgerà normalmente. Quali farmaci più indicati per questi casi l'A. enumera la bromo-dietilacetilurea (Adalina), la bromoisovalerianilurea (Bromurale), l'allilisopropilacetilcarbamide (Sedormide), l'Evipan ecc.

Un disturbo del sonno piuttosto comune, specie nei vecchi, è rappresentato da frequenti interruzioni di questo dopo un inizio normale; dato che il ricordo di frequenti (anche se brevi) periodi di veglia predomina su quello del sonno, l'individuo al mattino ha la sensazione di non aver dormito affatto, tanto più che il risveglio definitivo avviene più presto del solito. Tale forma di ipogripnia viene efficacemente combattuta dai derivati tipici della serie barbiturica come il Dial o il Veronal che agiscono a lungo; serve bene anche l'idrato di cloralio; infine, l'alcool consumato nella sera può rendere pure dei preziosi servizi; occorre ricordarsi che questo non presenta maggiori pericoli di assuefazione o intossicazione di quello dei barbiturici e agisce altrettanto bene (a condizione naturalmente di evitare le bevande che contengono degli esteri stimolanti come p. es. il vino bianco tedesco); un bicchiere di porto o di vino rosso sostituiscono con vantaggio una tavoletta di Veronal. Nella stessa serie di barbiturici figurano anche il Luminal, il Medinal, la paraldeide ecc. Nei casi di sonno leggero sono indicati i polibromuri, la valeriana; questa ultima però in dosi opportune (che difficilmente vengono raggiunte dalla comune tintura), che importano circa 100 unità di Haffner (la tintura ne contiene 3-5 per cc.); s'impongono dunque specialità titolate fra le quali anche qualche preparato sintetico.

Per quel che riguarda la relazione fra la composizione chimica e l'intensità d'azione la ricerca moderna è riuscita a mettere in evidenza qualche fattore cui può essere attribuita un'importanza direttiva nella sintesi dei farmaci ipnotici.

Così si è visto che l'allungamento delle catene alifatiche laterali della molecola dell'ac. barbiturico ne rafforza notevolmente l'azione (la dose efficace dell'ac. dimetilbarbiturico è di 0,5 gr. mentre quella dell'ac. dietilbarbiturico è di 0,2 gr.); effetti maggiori si ottengono pure aumentando il numero delle catene laterali. Un potenziamento di efficacia viene conseguito inoltre da introduzione di alogeni come p. es. del cloro; ne è classico l'esempio dell'effetto progressivamente crescente del metano, monoclorometano, diclorometano e triclormetano; di questi, l'ultimo, che è il cloroformio, ha l'azione più intensa. La combinazione degli alogeni, in ispecie del bromo, coi barbiturici o con alcool ha dato pure ottimi

risultati; così p. es. si è affermata l'avertina che si ottiene colla sostituzione di 3 atomi di bromo a 3 atomi di idrogeno dell'alcool etilico.

L'A. richiama l'attenzione sul fatto che molti degli ipnotici si avvicinano o costituiscono anche nei narcotici con la sola differenza nel dosaggio, in modo da esplicare un'azione più blanda e più prolungata. Da qui anche l'importante deduzione che i farmaci da noi somministrati non esplicano azione fisiologica; essi tutt'al più favoriscono il processo di assopimento o impediscono il risveglio precoce; non possiamo però dire che provochino il sonno; malgrado alcuni tentativi non conosciamo per ora la sostanza o le sostanze che nell'organismo inducono il sonno fisiologico; non abbiamo del resto nessun indizio che ci insegni che realmente l'organismo prepara da sè tali sostanze. Va notato però che il quadro uremico presenta qualche volta la sintomatologia della narcosi. Finora sono riusciti vani i tentativi di trovare un tratto d'unione fra le ipotetiche sostanze endogene e quelle esogene ad azione ipnotica. Il problema è altrettanto oscuro quanto seducente. S. MINZ.

Sull'idiosincrasia chininica.

(A. HAUER, *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1 marzo 1935).

Prendendo lo spunto da un caso di idiosincrasia per il chinino, l'A. presenta un'ampia rassegna sulla fenomenologia morbosa da chinino. Egli fa osservare come l'uso ripetuto del chinino invece di produrre l'assuefazione e la maggiore sopportabilità del farmaco, provoca invece una accentuata sensibilità verso di esso, tanto che anche le minime dosi profilattiche riescono a determinare disturbi subiettivi (nervosismo, ronzii nelle orecchie, ecc.) e obiettivi (sudorazione, tremori) non indifferenti. Sono noti i casi di anafilassi da chinino che si può manifestare anche sotto forma di eruzioni cutanee provocate da un semplice contatto con una soluzione chininica. Secondo alcuni autori (Mollow) i fenomeni accessori da chinino, essendo di ordine anafilattico, potrebbero essere prevenuti facendo ingerire mezz'ora prima della somministrazione di chinino 50 ctgr. di peptone.

L'idiosincrasia per il chinino, di cui le manifestazioni sono molteplici, può essere primaria o acquisita; nella statistica dell'A. figurano 4 casi nei quali dopo la prima ingestione di modiche dosi di chinino (0,3-0,5 gr.) si manifestarono diarrea, prurito, eruzioni cutanee, talvolta febbre o emorragie anche imponenti; tali disturbi si ripetevano ogni qual volta veniva ripreso il medicamento.

Degno di rilievo è il caso di idiosincrasia acquisita, su cui si sofferma l'A. Si trattava di un individuo che colpito da malaria durante la guerra aveva fatto largo uso di chinino nel periodo 1916-1927 senza disturbo alcuno; nel 1934, per combattere una febbre di natura ignota gli veniva somministrato del chinino; a tale somministrazione seguiva brivido, diarrea profusa, vomito sanguigno, palpitazioni, angor cordis; nel sangue spostamento a sinistra della formula di Arneth. Non emoglobinuria, nè ematuria. Disturbi analogi venivano provocati da una somministrazione successiva di chinino; d'altra parte bastava anche un'applicazione percutanea di esso per provocare senso di malessere nel paziente.

Si tratta evidentemente di un caso di idiosincrasia acquisita dopo un lungo periodo libero da somministrazione di chinino. L'eventuale natura anafilattica di esso non potè tuttavia essere confermato da un tentativo di trasporto passivo (su animale), avendo dato esito negativo.

Dunque, anche secondo l'A. la patogenesi di tali forme rimane per ora difficilmente decifrabile. S. MINZ.

MISCELLANEA.

L'importanza diagnostica della puntura della milza.

(EMIL-WEIL e JSCH-WALL. *Pr. Méd.*, 1934, n. 92).

Nota e praticata da molto tempo a scopo diagnostico per il tifo ma specialmente per la malaria e il kala-azar, la puntura della milza merita di essere considerata per quanto concerne la diagnosi diretta e differenziale delle varie splenomegalie.

Gli AA., basandosi sulla loro vasta esperienza mettono a punto la tecnica e l'interpretazione dei reperti.

La condizione principale per avere un preparato suscettibile di una interpretazione esatta è che si ottenga con l'aspirazione un frammento di polpa splenica privo il più possibile di sangue la cui presenza falserebbe il quadro cellulare offerto dallo striscio.

Per evitare che insieme con piccoli frammenti della polpa, del sangue venga aspirato dai vasi o dai seni della milza che vengono attraversati durante il tragitto dell'ago gli AA. raccomandano di limitare il tempo dell'aspirazione al momento in cui l'ago infisso nel parenchima splenico è tenuto ben fermo. Evitando assolutamente ogni manovra di aspirazione durante l'introduzione e l'estrazione dell'ago.

Dopo puntura della milza l'infermo viene mantenuto a letto per 24 h. con una vescica di ghiaccio sulla regione splenica.

La puntura delle tumefazioni dell'ipocondrio sinistro permette di delucidare successivamente due questioni: 1) se si tratta di una grossa milza; 2) quale è la natura della splenomegalia.

Per quanto concerne la prima questione non è da insistere sulla difficoltà che spesso si presenta dovendo stabilire con mezzi clinici l'identità di una tumefazione dell'ipocondrio sinistro. La puntura della tumefazione, il suo esito e l'esame del materiale ottenuto ci permettono nella maggioranza dei casi di affermare od eliminare categoricamente l'esistenza di una splenomegalia.

Per quanto concerne la natura della splenomegalia, talora l'esame del materiale estratto mette in evidenza degli elementi patognomonici che ci permettono di porre immediatamente una diagnosi; così è quando mediante la puntura riusciamo a dimostrare i corpi di Leishmann nel kala-azar, i parassiti della malaria, le cellule endoteliali tipo Gaucher, o come talora è avvenuto della sostanza caseosa in splenomegalie tubercolari.

Oltre tuttavia questi casi di facile interpretazione ne esistono altri e sono la maggioranza nei quali i reperti sono di interpretazione più difficile.

Basandosi sulla loro vasta esperienza gli AA. credono di poter riferire schematicamente la maggior parte degli aspetti osservati a 4 tipi principali secondo il diverso quadro microscopico dello striscio:

I. *Immagine macrofagica.* È caratterizzata dall'abbondanza delle cellule mononucleate, monociti, plasmociti e linfociti non è probabilmente che una variante del quadro di una milza normale.

La si riscontra nelle splenomegalie isolate, primitive, in quelle di natura malarica, in quelle di natura micotica, tubercolare e sifilitica. L'immagine macrofagica si riscontra talora anche nel Banti ove tuttavia è più facile rinvenire un quadro mieloide o eritroblastico (v. in seguito).

II. *L'immagine mieloide* conferma la diagnosi di leucemia mieloide. È caratterizzata dalla relativa abbondanza delle forme mononucleate a protoplasma granuloso neutrofilo, basofilo o eosinofilo.

III. *L'immagine linfoide.* Vengono raggruppati sotto questa denominazione gli splenogrammi costituiti quasi esclusivamente da cellule uniformemente mononucleate e con protoplasma agranuloso. Essi si riscontrano nella leucemia linfatica, nel linfocitoma splenico e nella leucemia acuta.

IV. *Imagine eritroblastica.* È la più rara ma è tipica per la varietà delle forme. È una varietà dell'immagine mieloide dalla quale si differenzia per l'abbondanza relativa degli eritroblasti di ogni età. Si osserva nel corso delle eritro-leucemie e nel corso di anemie gravi di origine splenica.

Gli AA. affermano di non pretendere di avere esaurito in queste 4 immagini tutti i tipi di strisci da loro esaminati che anzi soggiungono di averne trovati alcuni difficili a caratterizzare e non classificabili in alcuno dei tipi sopra elencati. Non dubitano tuttavia di poter chiarire col tempo anche il quadro ed il significato di questi ultimi. B. PAGGI.

La cellulia.

(A. TESORIERE. *Rivista Sanitaria Siciliana*, 1 febbraio 1935).

È stato merito di Paviot l'aver portato molta luce su questo stato morboso del tessuto cellulare, dimostrandone la natura non infiammatoria. La cellulia è caratterizzata da una triade di fenomeni: lesioni locali del tessuto cellulare, distonia vago-simpatica, instabilità umorale. Per quanto si possa riscontrarla in individui di ambo i sessi e di tutte le età, pure ne è prevalentemente colpito il sesso femminile. La tubercolosi, la sifilide, le suppurazioni di lunga durata, le intossicazioni croniche preparano un terreno favorevole allo sviluppo della cellulia. Come fattore sensibilizzante pare abbiano importanza l'assorbimento di sostanze tossiche da parte del tubo digerente o la messa in circolo di ormoni male elaborati. La cellulia si può sviluppare, ovunque esiste tessuto cellulare: le alterazioni del cellulare sottocutaneo sono le meglio descritte perchè più accessibili alla indagine: gli infiltrati cellulari si localizzano con maggiore frequenza alla nuca, alle fosse sottospinose, alle regioni deltoidea, interscapolo-vertebrale, lombare, sacrale, alla faccia interna ed esterna delle cosce. All'esame del malato è necessario esplorare, oltre il cellulare sottocutaneo anche gli interstizi muscolari e ricercare gli ingorghi ghiandolari quasi sempre presenti. I sintomi della cellulia sono generali e locali: i pazienti sono colpiti da dolori atroci localizzati ora ad una spalla, ora al torace, ora alla regione lombo-sacrale; tali dolori possono persistere per molti mesi con piccole variazioni d'intensità, a volte invece si presentano ad accessi, con intervalli di relativo benessere. I sintomi generali sono: anoressia, cefalee intense, astenia. Spesso le turbe vago-simpatiche predominano nel quadro clinico. si osserva allora un particolare eretismo vascolare, rossore alle guancie, sudore profuso, stato di agitazione nervosa, estremità fredde. Facilmente si producono lividure e compaiono edemi limitati ad un solo arto. La pelle delle zone colpite presenta l'aspetto della buccia d'arancio e palpando a piatto si possono apprezzare, nei casi che durano da tempo, dei noduli di cellulia, duri e dolenti.

Assai incerta ed oscura è la patogenesi di questa affezione: pare che i primi segni siano dovuti ad una vaso-dilatazione locale in seguito alla quale si ha un rallentamento di circolo per cui del siero trasuda tra le maglie del tessuto connettivo; successivamente si produce un essudato plasmatico, privo di cellule infiammatorie, che può riassorbirsi od organiz-

zarsi generando piccoli noduli cicatriziali. Questi all'esame istologico si presentano formati da travate di tessuto connettivo sclerotizzato, fra le cui maglie oltre a cellule adipose si trovano piccoli accumoli di cristalli di urati e di ossalati. In corrispondenza di tali noduli i vasi sono più abbondanti. Le ricerche di laboratorio eseguite in tali malati hanno dato i seguenti risultati: tasso delle proteine e delle globuline e rapporto serine; globuline nel siero non molto alterato, tasso dell'urea e del colesterolo normali; azotemia normale; alla prova della emoclasia digestiva; abbassamento del numero dei leucociti dopo 20' e abbassamento della pressione arteriosa; punti isoelettrici del siero instabili.

Da tali risultati è nato il sospetto che la cellulia abbia molti punti di contatto con gli stati anafilattici. Nei riguardi della cura è logico pensare che la principale attenzione deve essere rivolta alla correzione del terreno mediante adatte cure generali. Se inoltre è possibile accertare infezioni focali si cercherà rimuoverle. Importanti sono anche le cure locali: le applicazioni elettriche possono giovare specie nei crampi muscolari; la diatermia ed i raggi infrarossi, danno un benessere ma momentaneo. I risultati migliori sono ottenuti con la massaggioterapia blanda ed eseguita dal medico stesso o da un esperto massaggiatore.

VICENTINI.

DIVAGAZIONI

I misteri dell'etere e la radiopatologia.

In uno sperduto villaggio dell'Ohio, agli Stati Uniti, un bel giorno, un contadino sente partire da una grondaia della propria casetta dei suoni misteriosi: concerti sinfonici, musica di danze. Si affaccia alla finestra: anche dal tetto metallico della casa vicina si diffondono dei canti religiosi, dei discorsi politici. Un villaggio stregato, dunque? No, semplicemente un fatto che non ha nulla di soprannaturale, la vicinanza dell'antenna di una stazione emittente di radio, di altissima potenza. Quando tale antenna versa nell'etere i suoi torrenti di energia elettrica, l'intiera regione ne è saturata. Gli oggetti metallici che si trovano vicini si caricano di elettricità e l'avvicinarsi all'antenna durante le ore di emissione diventa pericoloso; un uomo che tenesse in mano una lampadina di cento volta e tendesse l'altra nella direzione dell'antenna vedrebbe accendersi la lampada.

L'energia che attraversa il suo corpo sarebbe capace di alimentare la lampada stessa. In questa atmosfera così carica, si comprende che le grondaie ed i tetti possano mettersi a cantare e che gli abitanti del villaggio, mediante antenne speciali si provvedano gratuitamente di elettricità.

Il fenomeno, che ha del miracoloso, rappresenta qualche cosa di più che una semplice curiosità e può mettere sull'avviso di un pericolo. I nostri mezzi attuali sono impotenti a sbarrare le onde radiofoniche, le quali attraversano i muri ed il nostro stesso corpo, che si trova così sempre più esposto all'azione di tali onde. Attualmente, le riteniamo innocue; non bisogna però dimenticare che le onde ultracorte hanno degli effetti fisiologici incontestabili.

La stessa energia usata per la radio può, provocare disturbi, come dimostrano gli accessi di febbre presentatisi in alcuni individui di un laboratorio di prova delle lampadine destinate alla ricezione delle onde corte; l'azione piretogena delle onde corte, del resto, è anche sfruttata in medicina per la piretoterapia.

Il corpo umano, come è noto, si comporta al pari di un'antenna marconigrafica e reagisce ad una determinata lunghezza d'onda (di circa 7 metri) molto diversa, quindi, dalle emissioni correntemente usate per la radiofonia, che non presenterebbero veri pericoli.

Ma lo sfruttamento delle onde corte è appena incominciato e non prevediamo quali sviluppi possa prendere. Alcune esperienze recenti dimostrano che i topi muoiono quando sono esposti ad onde di 6 metri e così pure che è possibile sterminare certi insetti dannosi alle piante per mezzo di onde di lunghezza adatta per ogni specie. Così pure, è stato osservato che il senso di orientamento dei piccioni viaggiatori viene completamente turbato nelle regioni dove si fanno emissioni ad onde corte.

Sull'uomo, le onde corte hanno anche altri effetti impensati; possono provocare degli eccessi di ilarità e, secondo alcune esperienze di autori tedeschi, sarebbero capaci di accelerare il processo del pensiero. Le onde corte potranno, quindi, nel futuro guarirci dalla crescente musoneria e daranno forse ai futuri studiosi la possibilità di rinchiudersi in speciali cellule per pensare e di avere così delle idee agili e sbrigliate, sorridendo di compassione per il pensiero greve e torpido dei loro antenati.

A parte gli scherzi, è da ritenersi che questa continua emissione di onde, la quale andrà facendosi sempre più intensa, possa avere degli effetti sul nostro organismo, che si trova esposto ed indifeso contro la loro azione a cui non si può sfuggire nemmeno nelle più remote campagne dove ci perseguita inesorabile il rauco gracchiare della radio. E forse per quasta si inscriverà un nuovo capitolo nella patologia umana.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Prof. E. FORGUE. *Précis de Pathologie externe.* 9e edition. G. Doin, Paris, 1935. Due volumi di 2370 pagine con 1164 figure.

È questa la nona edizione del manuale di Patologia esterna (l'A. lo chiama sempre così benchè nelle successive edizioni la chirurgia degli organi interni è sempre più considerata ed esposta) che il prof. Forgue scrisse nel 1901, trentaquattro anni fa, e che costituisce ancora sempre un libro di direzione e anche di consultazione per studenti e chirurgi, specialmente in Francia, ma anche presso di noi, dove il libro del Clinico francese è molto diffuso e apprezzato.

Egli riassume, dedicando il libro agli studenti, che iniziano lo studio della patologia chirurgica, i principî del suo insegnamento; far comprendere per apprendere, richiamarsi al giudizio più che alla memoria, sforzarsi di porre le questioni nel piano relativo della loro frequenza clinica, gli uomini che le hanno fatte progredire al loro giusto posto, i sintomi nella scala del loro valore, i mezzi di cura nella loro posizione attuale di efficacia.

Non parole inutili: precisione e concisione, senza cadere nella aridità, nè nello stile telegrafico dei riassunti per esami e concorsi ecc.

A questi principî, che gli derivano dal lungo insegnamento l'A. tiene fede, riassumendo così nei due densi volumi tutto lo scibile chirurgico nei suoi punti essenziali.

Questa 9ª edizione se si confronta coll'8ª è rifatta in molte parti, e vi sono aggiunte le acquisizioni più recenti.

Fin dal primo capitolo dell'infiammazione in genere e in particolare vi sono aggiunte notevoli e chiarificazioni di concetti, anche con figure e schemi nuovi molto istruttivi, Nel capitolo delle gangrene sono aggiunte le nozioni moderne sulle tromboangioiti e sulle gangrene giovanili e presenili colle nuove cure operatorie, nel capitolo delle scottature il trattamento col tannino: così nei capitoli sullo shock, sulle embolie, sui traumi, vi sono numerosi aggiornamenti.

Nel capitolo delle lesioni dei vasi sanguigni e linfatici è trattata la malattia di Nicolas-Favre, vi è un'esposizione chiara della trasfusione.

Nelle fratture è aggiunto il trattamento della trazione col filo, fra i tumori ossei e lesioni affini il sarcoma di Ewing, le distrofie ossee di origine paratiroidea e quelle ancora ignote.

Nel 2° volume sono notevoli le figure che dimostrano le vie di infezione delle meningi dal naso e dall'orecchio dopo frattura della base, l'esposizione delle operazioni per traumi con compressione e chiusura della cisterna; è aggiunto un nuovo capitolo, benchè breve, sui tumori cerebrali, e così una buona esposizione di chirurgia del midollo, specialmente nei tumori; un capitolo sulla chirurgia della tubercolosi polmonare e del cuore, oltre le ferite. Così nelle contusioni dell'addome, sulle coliti e pericoliti diverticolari con belle figure, sul diverticolo di Meckel, sul cancro e sull'ulcera gastro-duodenale. Così anche nei capitoli delle affezioni renali e della prostata.

La nobile fatica di questo illustre Maestro di chirurgia, che mantiene sempre al corrente la sua opera, che riassume i dettami del suo lungo insegnamento universitario, è veramente degna di ammirazione, e per quanto noi oggi abbiamo anche in Italia dei manuali e trattati di patologia e di clinica chirurgica da offrire ai nostri studenti, questo resta sempre un'ottima guida per la sua concisione e per la sua esattezza. R. ALESSANDRI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

PEDRO COSSIO. *Corazón y vasos.* Vol. di pagg. 385, con 265 fig. Buenos Aires, El Ateneo, 1935.

L'A., nel presentare questa sua nuova fatica, premette che egli ha voluto soltanto offrire allo studente e al pratico un insieme di nozioni classiche di semeiologia cardiovascolare e un aggiornamento di queste in rapporto ai progressi che le nuove tecniche e le più moderne ricerche hanno fatto compiere a questo ramo della cardiologia. Egli può essere ben sicuro di avere non soltanto adempiuto al suo scopo, ma di avere anche fatto un'opera utile allo stesso specialista.

Il libro espone nell'ordine di comune esecuzione i vari procedimenti dell'esame anamnestico, fisico e strumentale del cardiaco.

Nel capitolo sull'ascoltazione abbiamo veduto con piacere una vasta documentazione fonocardiografica, opera personale dell'A., che troviamo per la prima volta raccolta in un manuale e che giova assai al valore didattico del libro. Il capitolo sulla elettrocardiografia, benchè molto conciso, ha delle notevoli doti di chiarezza ed è perfettamente aggiornato. Segue la parte radiologica. Il libro termina, dopo l'esposizione delle altre tecniche strumentali, con un capitolo sulla semeiologia particolare delle varie aritmie.

In complesso i caratteri che formano il pregio fondamentale del libro sono la grande chiarezza e la completezza delle nozioni in esso contenute, sia classiche, sia del tutto recenti (vedere le pagine sui segni ascoltatori delle dissociazioni).

L'A. ha volutamente esclusa ogni discussione interpretativa o patogenetica. Nel caso di questioni ancora del tutto oscure, egli si limita a riportare i fatti (vedere a proposito dei blocchi di branca). Il carattere stesso del manuale,

esclusivamente didattico, esclude ogni accenno bibliografico.

L'edizione è ottima: le numerose e chiarissime figure ne accrescono il pregio.

PUDDU.

L. DE CASTRO. *Per star bene nelle colonie*. Editore Cacopardo, Tripoli, Prezzo L. 12,00.

È un ottimo manuale d'igiene coloniale pratica che riuscirà certamente utile a quanti, medici e non medici, devono recarsi nelle zone tropicali e subtropicali.

Un vero *vade-mecum* per la difesa e la salvaguardia del corpo e dello spirito per l'italiano che vive in Africa, e deve affrontare le insidie del clima, delle malattie esotiche e degli abitanti indigeni.

L'esposizione è chiara, brillante. Gli spunti teorici sono appena accennati e solo in quanto possono interessare la curiosità del lettore o sono indispensabili per la comprensione e l'effettuazione dei consigli pratici che sono abbondanti e tutti utili.

DR.

L. BARCHI. *Naturalisti e Medici Reggiani*. Tip. Rossi, Reggio Emilia, 1935, L. 25.

Il volume lo dobbiamo all'iniziativa e all'entusiasmo di Luigi Barchi, reggiano, che è un grande appassionato di Storia della Medicina oltre ad essere valoroso tisiologo ed attivissimo propagandista.

Nella presentazione dell'opera il Barchi espone una considerazione che merita di essere messa in rilievo. Egli ricorda come uomini di grande valore, reggiani di nascita, siano passati per ferraresi, come accadde dell'Ariosto, o modenesi, come fu per lo Spallanzani, o padovani, per ricordare il caso del Vallisneri; e questo perchè, nelle vicine città di Modena, Parma, Ferrara, Padova, che avevano una Corte od una Università, essi compirono i loro studi e raggiunsero la fama. Ed a giusto vanto della terra che ha dato loro i natali sono in questo libro ricordati i grandi medici e naturalisti di Reggio Emilia che formano insieme una costellazione che potrebbe formare l'orgoglio del più famoso ateneo.

Il libro consta di una raccolta di memorie e studi che portano i nomi di Marcello Donati, Lazzaro Spallanzani, Cesare Magati, Vallisneri, Pacchioni, Bonaventura Corti, Filippo Re, Vittorio Marchi, Azzio Caselli, Luigi Sani.

Illustri personalità del mondo scientifico vi hanno collaborato. Da S. E. il prof. Bottazzi che ha scritto del grande Spallanzani da Scandiano al sen. prof. Giordano che ha parlato del chirurgo Magati pure scandianese; dal prof. Simonini che ha rievocato la interessantissima figura di Marcello Donati da Correggio, medico, letterato, filosofo, al prof. Lambertini che ha illustrate la vita e l'opera di Bonaventura Corti.

La dottoressa Bertolani Del Rio ha trattato del Pacchioni mettendone in evidenza i grandi meriti di anatomico. Ricche di interesse e di notizie inedite sono le pagine del dottor Barchi sul Vallisneri e sul chirurgo Ceselli e quelle che il dott. Fava ha scritto per il botanico Filippo Re.

Ultimi in ordine cronologico, ma pari agli antichi Vittorio Marchi, scopritore del celeberrimo metodo, e Luigi Sani, gloria della medicina Veterinaria sono stati rievocati dal dott. Manfredi e dal dott. Broglia.

Il volume ha elegante veste tipografica e pregevoli illustrazioni fuori testo.

B. MARIANI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Medicina

Seduta del 3 maggio 1935.

Presidenza: Prof. A. FERRATA.

Sopra un interessante quadro splenopatico tromboflebosclerotico.

L. SUPINO. — L'O. illustra un caso relativamente recente di splenomegalia tromboflebosclerotica istituitasi su una milza fortemente atrofica arteriosclerotica, decorso senza sintomatologia clinica; il quadro è perfettamente spiegato dal disturbo circolatorio arterio e flebosclerotico. Fa seguire alcune considerazioni derivanti dai particolari anatomici del caso.

Su di un mezzo di cura del coma barbiturico

L. PONTICACCIA. — L'O. propone il metodo dell'estrazione del liquido cerebrospinale e del lavaggio del sistema nervoso centrale con soluzione fisiologica come metodo di cura del coma barbiturico acuto nei piccoli bambini, ove la stricnoterapia è ancora di difficile esecuzione ed è impossibile praticare il salasso e la trasfusione, e come metodo coadiuvante la stricnoterapia e gli altri sussidi terapeutici negli adulti, in quanto è metodo semplice ed innocuo di svelenamento diretto e rapido del sistema nervoso centrale e dell'organismo. Cita un caso di coma barbiturico in un bambino di 21 mesi, guarito dopo l'uso di questo metodo.

Modificazioni circolatorie del rene provocate dai diuretici mercuriali.

COLOMBI e ROCCHINI. — Gli OO. hanno studiato, per mezzo dell'apparecchiatura di Rein, le modificazioni indotte nella circolazione renale dell'iniezione di preparati diuretici mercuriali. Essi hanno potuto così constatare che, subito dopo l'iniezione, si verifica, contemporaneamente ad un aumento dell'afflusso, una netta diminuzione del deflusso sanguigno: fatto, questo, che sembra deporre in favore di un aumento dei fenomeni di filtrazione renale, dato che la modificazione circolatoria non dimostra un aumento di lavoro.

Su di un caso di pseudolitiasi biliare.

P. NICULESCU. — In alcuni casi di affezione delle vie biliari troviamo dolori non molto marcati. In questi casi la radiografia non dimostra la presenza di calcoli, ma una dilatazione per paresi della cistifellea. I sintomi assomigliano moltissimo a quelli della litiasi biliare.

La radiografia permette di porre la diagnosi di paresi, diagnosi molto importante non soltanto dal punto di vista teorico, ma anche per le deduzioni pratiche. Infatti, come non si devono operare le litiasi in cui è conservata la funzione contrattile della colecisti, così non si devono operare nemmeno questi pazienti, nei quali si riscontra solo una deficienza funzionale dell'organo. Essi rimangono nel dominio della terapia medica e particolarmente idrologica, perchè si giovano di tutte le acque minerali che contengono magnesio.

Seduta straordinaria del 15 maggio 1935.

Presidenza: Prof. A. FERRATA.

Il pneumotorace controlaterale.

Il 15 maggio, nell'aula della Clinica Medica della R. Università, la Società Lombarda di Medicina fu convocata in una seduta straordinaria, alla quale parteciparono i tisiatri francesi, che furono recentemente in Italia per visitare le opere antitubercolari del Regime Fascista.

La riunione era stata dedicata al tema « Il pneumotorace controlaterale », con il fine di raccogliere le più recenti acquisizioni cliniche e sperimentali ottenute dai diversi ricercatori nella pratica di questo nuovo metodo, che, introdotto nella terapia della tbc. polmonare da M. Ascoli e studiato dapprima nella sua scuola desta ora il più grande interesse nel campo della tisiologia.

Il prof. Ferrata, Presidente della Società, dopo di aver presentato all'Assemblea il relatore prof. TOBÉ, valoroso tisiologo francese, che fu all'estero tra i primi assertori del metodo di Ascoli, espresse il proprio compiacimento nel constatare come nel campo della collassoterapia del polmone, universalmente riconosciuta quale gloria italiana, legata al nome di C. Forlanini, la medicina italiana mantenga ancora un primato grazie alle recenti geniali ricerche dei nostri studiosi.

Il prof. TOBÉ iniziò il suo dire con una chiara esposizione delle basi teoretiche, su le quali è fondato il principio terapeutico del pnx. controlaterale: mise in rilievo a questo proposito gli importanti studi di fisiologia polmonare eseguiti dal Parodi e, tratteggiando in una rapida sintesi la storia del metodo, ricordò come l'Ascoli, che già fu il primo ad introdurre in terapia il bilaterale, fu condotto dalle cognizioni acquisite con questa pratica a intuire la possibilità di utilizzare in alcuni casi l'azione controlaterale del pneumotorace. Nella seconda parte della sua relazione il prof. TOBÉ riferì i dati della propria esperienza, i quali sono venuti a confermare la benefica azione che si può esercitare sul polmone affetto da tbc. mediante il pnx. deliberatamente eseguito sul lato sano, quando una sinfisi pleurica impedisca l'esecuzione del pnx., secondo la regola classica, sul lato dell'affezione (pnx. controlaterale primitivo di Ascoli). Infine l'oratore precisò le indicazioni fondamentali, che l'esperienza ha dimostrato necessario seguire, affinchè i risultati siano sicuramente vantaggiosi.

All'elevata discussione che conchiuse la seduta presero parte i proff. FERRATA, ZOJA, CARPI, DAVY, BETTINI, CIVRIERE, FICI, FIORI, ecc.

Il prof. ASCOLI parlò da ultimo, ascoltato con vivo interesse. La sua interlocuzione è stata pubblicata integralmente nello scorso numero 25 di questo giornale.

Il Segretario.

Società Medica di Bologna.

Seduta del 17 maggio 1935.

Presidente: prof. G. MORIANI.

Ricerche quantitative e qualitative sulle polveri delle sale di cernita degli stracci per cartiera.

A. GIOVANARDI. — L'O. riferisce i risultati di una serie di indagini qualitative e quantitative anche d'ordine chimico, eseguite nella polvere delle sale di cernita degli stracci per cartiera.

Collo di Madelung e lipomatosi nodulare simmetrica.

G. DELL'ACQUA. — L'O. ha studiato da un punto di vista clinico, costituzionalistico, istologico e biochimico un caso di un collo grasso di Madelung, un caso di lipomatosi nodulare simmetrica, un caso di lipomatosi discreta di Bard, un caso di lipomatosi associata ad ateromi.

Dall'anamnesi rileva il dato dell'adiposità nel padre del primo paz., il carattere ereditario dell'affezione nel 4°.

Costituzionalmente i pazienti appartengono al tipo misto.

Biochimicamente non presentano le alterazioni riscontrate dell'O. nell'adiposità endogena. La lipomatosi sarebbe quindi non una malattia generale del ricambio, ma un'affezione periferica di alterata distribuzione del grasso.

L'O. ritiene che nel paz. affetto da collo di Madelung su una tendenza di idro-lipofilia distrettuale preesistente si sovrapponga un fattore neuroendocrino e che nella forma nodulare simmetrica e nella forma discreta sia molto verosimile, data la simmetricità, la patogenesi neuro-ormonica.

Il Segretario: Prof. P. MAINOLDI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 28 maggio 1935-XIII.

Presidente: Prof. C. RIGHETTI.

Un caso di Leishmaniosi viscerale autoctona degli adulti in Puglia.

Prof. L. FERRANNINI. — Il caso riguarda un contadino ventiseenne nato e vissuto sempre in provincia di Foggia, che presenta tutta la sindrome classica della leishmaniosi viscerale, compreso il reperto parassitario positivo del materiale ricavato con la puntura della milza. Questo è il primo caso del genere studiato, documentato e reso di pubblica ragione, ove invece è stato raccolto un centinaio di casi di leishmaniosi nei bambini. L'O. dimostra che la rarità della malattia negli

adulti è reale e non apparente, non cioè dipendente dal fatto che la malattia è misconosciuta. Indaga le ragioni del fatto, esclude che si tratti di differenze di agente infettivo e di forma clinica ed ammette piuttosto l'importanza di fattori locali e dell'età.

Discussione: COZZOLINO, FRANCO, SANGIORGI, CALIFANO, BOGLIOLO.

Prof. E. E. FRANCO. — *I primi due casi di Leishmaniosi viscerale autoctona delle Puglie in adulti.*

Sulla patogenesi della catatonia sperimentale.

Prof. U. POPPI. — L'O. ha osservato che la bulbocapnina messa a contatto col gastrocnemio isolato di rana ne determina un accorciamento cospicuo e duraturo. Nella cosidetta sindrome catatonica da B. il sintoma catalessia è quindi probabilmente di origine miogena. La neurotossina colibacillare catatonogena non ha invece alcuna azione sul muscolo isolato.

Sopra una nuova loggia muscolare della gamba nell'uomo.

Dott. L. MARTINO. — L'O. ha riscontrato che tra il m. tibiale posteriore e i mm. flessori lunghi delle dita e dell'alluce esiste sempre una lamina divisoria che chiude all'indietro lo spazio angolare, in cui è posto il m. tibiale posteriore. Tale lamina dà origine quindi ad una loggia, che è chiusa da ogni parte tranne in basso, all'apertura per la fuoriuscita del tendine del m. tibiale posteriore.

Il Segretario: dott. A. DE BLASI.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 marzo 1935.

Presidente: Prof. GIORDANO.

Il presidente prof. GIORDANO comunica ai soci che in base a trattative svolte in quest'anno colla Presidenza della Società Medico-Chirurgica di Padova, si è giunti ad un accordo per cui i soci dell'una società potranno appartenere anche all'altra e svolgervi la loro attività scientifica, vi saranno scambi dei programmi e dei resoconti delle sedute nei rispettivi bollettini, ed in ogni anno saranno tenute due assemblee plenarie nelle sedi delle rispettive società. Su proposta del presidente viene approvata la modifica dello Statuto per cui è istituita la categoria di socio aggiunto per i cultori delle discipline mediche che facciano parte di Società Medico-Chirurgiche esistenti nelle tre Venezie (La nomina avverrà su proposta della presidenza ed i soci aggiunti pagheranno L. 10 anzichè 25 annualmente, godendo tutti i diritti dei soci ordinari). È prevista la convocazione di sedute plenarie nelle sedi delle società che abbiano rapporti di scambio di soci con la Soc. Med.-Chir. Veneziana.

Sindrome cavitaria del tumore primitivo del polmone.

Dott. DUSSO. — L'O. che ha avuto modo di studiare alcuni casi di tumore primitivo del polmone presentatisi con sindrome cavitaria, espone i concetti dei diversi Autori su questo aspetto del t. p. ed i vari termini adottati, ed afferma l'importanza di questa forma. Ritiene giusta la denominazione da altri proposta di t. p. a sindrome cavitaria predominante, perchè essenzialmente clinica ma nello stesso tempo riassumente forme anatomicamente e patogeneticamente fra loro molto diverse.

In base alle sue osservazioni ed a quelle della letteratura, comprende vari aspetti del tumore primitivo del polmone a sindrome cavitaria in questa classificazione:

1) Il cancro cavitario d'emblè, vera ulcera rodente del polmone, insorgente su di un organo non gravemente tarato da tubercoli o da bronchiectasie, ulcerantesi probabilmente fin dall'inizio, a pareti sottili ben delimitate dal parenchima sano circostante, a cavità spesso asciutta, spesso non comunicante col bronco e quindi difficilmente accessibile all'indagine fisica.

2) Il tumore massivo o lobare ulceratosi, molto più facilmente accessibile all'indagine fisica e radiologica, e con caratteristiche particolari di decorso (escreato abbondante, ecc.).

3) Il t. p. neoformatosi su cavità croniche preesistenti, più spesso bronchiectasiche meno spesso luetiche o tbc., o subacute (gangrena, ascesso).

4) Le cavità necrotiche o suppuranti, secondarie al tumore ma a sede extratumorale, e dovute a fatti di compressione sui vasi o sui bronchi.

Discussione: prof. JONA.

Oservazioni ematologiche nel trattamento pneumotoracico della gangrena polmonare.

Prof. G. DALLA TORRE. — L'O. ha trovato particolarmente utile nello studio della evoluzione dei focolai gangrenosi sottoposti a pneumotorace la determinazione del numero dei globuli bianchi, della formula leucocitaria, della velocità di sedimentazione, della sierocoagulazione di Waltmann. Non ha ottenuto dalla ricerca delle variazioni dei globuli bianchi (numero e formula) dopo rifornimento dati utilizzabili dal punto di vista pronostico. Dopo rifornimento osservò sempre diminuzione dei globuli bianchi con aumento dei polinucleati neutrofili.

Squilibri angioneurotici durante l'attacco di angina pectoris.

Dott. SCARPA. — L'O. durante l'attacco di angina di petto ha riscontrato un costante ed evidente innalzamento dell'indice oscillometro. Dato che nella maggioranza dei casi studiati la pressione arteriosa massima, minima, e media rimanevano invariate come la frequenza del polso e del respiro, mette in rapporto l'aumento dell'I. O. con un aumento del tono della parete arteriosa esplorata dovuta ad uno squilibrio della innervazione vascolare. Conferma tale interpretazione osservando come in un caso, dopo la simpatectomia cervicale sinistra, l'I. O. scese immediatamente a valori sotto la norma, quale indizio della vaso-paralisi.

Anche fuori dell'accesso notò con varie prove cliniche una instabilità vasomotoria con tendenza a tali squilibri.

La cura chirurgica delle scoliosi.

Dott. CABRAS. — L'O. riassunte le cure attualmente usate nella scoliosi ed i risultati che se ne possono trarre, riferisce alcuni casi in cui venne eseguito il trapianto alla Albee, ottenendo un notevole miglioramento.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La semeiologia della midriasi.

La midriasi può essere paralitica (paralisi dello sfintere) o spastica (spasmo del dilatatore). Nel primo caso, la pupilla si presenta molto dilatata, immobile e non reagisce nè alla luce, nè alla convergenza. Invece, i riflessi pupillari sono conservati nella midriasi spastica. Il significato delle due forme è diverso e viene così delineato da P. Veil (*Journ. des praticiens*, 13 marzo 1935).

M. Paralitica. Può essere uni- o bilaterale ed accompagnarsi o non a paralisi dell'accomodazione; il malato ha visione normale in lontananza, ma non può leggere.

È necessario anzitutto assicurarsi che il paziente non ha instillato nell'occhio dei midriatici (atropina, duboisina, scopolamina) o non ha ingerito della belladonna.

La M. può essere in rapporto con una lesione del globo oculare. Nel glaucoma, la pupilla è dilatata e l'occhio duro e rosso; dopo una contusione del globo, con o senza lacerazione dello sfintere, si può avere della midriasi; una frattura dell'orbita o della base del cranio può provocare una M. paralitica per lesione del II° paio.

Eliminate queste cause, si deve pensare alla sifilide, che è la più frequente delle infezioni che possono colpire l'oculomotore comune, sia alla sommità dell'orbita (osteite), sia alle meningi od ai centri nucleari. Tale forma è il più spesso unilaterale, isolata od associata ad altri sintomi: paralisi dell'accomodazione, della muscolatura estrinseca dal III° paio (strabismo esterno, soppressione della motilità, salvo l'adduzione, ptosi).

La M. paralitica si osserva inoltre nella tabe, paralisi generale, nelle meningiti, negli ascessi e tumori cerebrali, dopo una zona oftalmica. La M. paralitica può essere il primo sintoma di un'affezione grave del sistema nervoso; può inoltre osservarsi nelle intossicazioni alimentari (botulismo).

M. Spastica. Risulta da un'eccitazione del simpatico cervicale; è meno considerevole che la M. paralitica ;conserva le razioni papillari. È isolata od associata ad altri segni della sindrome di C. Bernard (midriasi, esoftalmo, reazione della palpebra superiore, disturbi vasomotori della metà corrispondente della faccia).

La M. spastica bilaterale è stata segnalata negli accessi di epilessia, nell'uremia convulsiva, ecc.

La forma bilaterale si osserva in seguito a compressione del simpatico (gozzo semplice, tumore, adenopatia cervicale, lesioni di pleurite apicale, aneurisma dell'arco aortico, affezione dell'esofago). La instillazione di un collirio alla cocaina dilata la pupilla, in modo transitorio (M. spastica).

All'inizio dell'anestesia cloroformica, si produce una M. spastica, a cui succede la miosi paralitica (paralisi simpatica): nell'imminenza della sincope, le pupille si dilatano bruscamente e non reagiscono più alla luce (M. paralitica).

L'amaurosi (scollamento della retina, embolia dell'arteria centrale, atrofia ottica, ecc.) determina pure midriasi; la pupilla non reagisce alla luce, ma si contrae quando si illumina l'altro occhio (reazione fotomotrice consensuale). Nella cecità corticale le pupille reagiscono normalmente alla luce. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Profilassi e cura dell'impetigine infantile.

È stata recentemente trattata da K. Oxenius (*Münch. Med. Wochenschr.*, 11 aprile 1935). Quale una delle cause più importanti della impetigine l'A. considera l'innesto batterico mediante il grattamento; ora, lo stimolo pruriginoso sarebbe una frequente espressione di manifestazione allergica, che spesso si verifica dopo consumo di frutta fresca, particolarmente nei mesi autunnali quando la frutta è più ricca in acidi. Di qua anche la maggiore incidenza stagionale della impetigine. (Naturalmente anche le erosioni cutanee di altra origine come l'erpes o l'eczema possono aprile la via all'infezione).

Per evitare lo stimolo al grattamento l'A. raccomanda quindi la somministrazione di polveri alcaline, specie ai bambini soggetti all'orticaria. Va da sè che s'impongono inoltre le misure comuni d'igiene e pulizia.

Quale trattamento dell'impetigine già costituitasi l'A., in base alla propria esperienza, preconizza il metodo antisettico: dopo l'allontanamento delle croste mediante applicazioni di acqua ossigenata, si pratichi una pennellatura di tintura di iodio; quindi ognuna delle zone colpite va spalmata con pasta di zinco con 1 % di rivanolo; le zone impetiginose debbono essere protette e ricoperte isolatamente. Per evitare la diffusione del processo sono inoltre raccomandabili bagni di zolfo. Tale trattamento avrebbe dato nelle mani dell'A. una guarigione costante e rapida (3-7 giorni). Esso si sarebbe dimostrato utile anche nel pemfigo dei neonati (sostituendo però la pasta con polvere di zinco e rivanolo a 1 % e praticando bagni con permanganato di K), come pure in tutte le infezioni cutanee di origine esterna; tale trattamento rimarrebbe però inefficace nelle infezioni cutanee di altra origine (piodermiti, ascessi multipli ecc. che si propagano probabilmente per via ematogena).

S. M.

Due casi atipici di emopatie.

J. Seiler, W. Heisler (*Münch. Med. Wochenscher.*, 11 aprile 1935) riferiscono due casi di emopatie nei quali lo studio clinico e anatomo-patologico ha dimostrato il passaggio di una forma leucemica in quella agranulocitica, o meglio in aleucia completa; mentre nel primo caso sin dall'inizio si ebbe un quadro tipico di leucemia mieloide, nel secondo dopo un periodo di leucocitosi normale con mononucleosi, si verificava un'improvvisa *poussée* mieloide; dopo brevi alternative di peggioramento e miglioramento, tutti due gli infermi hanno presentato il quadro tipico di aleucia, con fatti anche di anemia e trombopenia; l'esame anatomico, accanto a numerose emorragie e fatti necrotici riferibili a mancanza di qualsiasi resistenza verso gli agenti infettivi, presentava il quadro della tisi mieloide, con uguale interessamento di tutte le sezioni del sistema midollare emopoietico. Inoltre si notavano segni di maggiore attività e di iperplasia del sistema reticolo-endotelio (tentativi di compenso?).

I due casi citati formerebbero, secondo l'A., un ulteriore appoggio al concetto unitario sulle malattie del sistema emopoietico; i quadri caratteristici, quali le anemie, le aleucie, le leucemie ecc. non costituirebbero che delle singole espressioni della ipo- o iperattività morbosa del sistema affetto, colpito in parte o in toto; la possibilità di passaggio di una forma in altra dimostrerebbe l'identica essenza dell'affezione.

Inoltre in base alle statistiche precedenti gli AA. richiamano l'attenzione sulla frequenza di infezioni acute o croniche nella storia dei casi di emopatie (salvo quelle dovute all'intossicazione); tanto che si potrebbe parlare di malattie reattive definibili quasi come reumatismo del sistema emopoietico.

Infine gli AA. richiamano l'attenzione sulla frequenza stagionale nell'esplosione delle emopatie, le quali, secondo le loro osservazioni, avrebbero maggiore incidenza nei mesi primaverili e autunnali. Tale fenomeno forse è da mettersi in rapporto coi variabili fattori dietetici.

S. M.

I pericoli del sale jodato.

È noto che il sale jodato (*Vollsalz* dei tedeschi) viene usato per la profilassi del gozzo, nelle regioni dove questo è endemico. I. Mühe (*Arch. Klin. Med.* e *Deuts. med. Wochens.*, 7 giugno 1935) riferisce che alla II^a Clinica medica di Monaco si sono verificati 37 casi di ipertireosi (di cui 4 mortali) sicuramente (*sic*) riferibili all'uso del sale jodato. L'A. ritiene pertanto che tale metodo di profilassi debba eseguirsi soltanto sotto controllo medico, tenuto conto della sensibilità allo jodio dei singoli individui.

fil.

Malattia obliterativa arteriosa curata con estratto muscolare.

M. Schwartzmann (*The Lancet*, 1° giugno 1935) ha usato l'estratto muscolare in più di 100 casi di tromboangioite obliterante, obliterazione arteriosa arteriosclerotica, arterite sifilitica o di altra natura, incipiente gangrena diabetica, morbo di Raynaud.

All'inizio si ha modico miglioramento, questo invece è poi di lunga durata anche dopo sospesa la cura, per cui l'A. ritiene che si istituisca gradualmente una circolazione collaterale e non, come pensano Roth e Brown, perchè si dia qualche sostanza metabolica di cui manca il muscolo ischemico.

Lo Schwartzmann consiglia l'uso di estratto muscolare prima di procedere ad un'amputazione in casi di gangrena, a meno che questa non si presenti subito gravissima e con tendenza ad estendersi.

L'estratto muscolare va dato per lungo periodo di tempo varie volte al giorno.

Tra i casi curati dall'A. il 30 % non ebbe successo; secondo lo Schwartzmann ciò è dovuto ad estratti non sufficientemente attivi. Questi si ottengono dal muscolo diaframmatico, che è un muscolo molto attivo.

R. LUSENA.

Nella tetania infantile.

O. Bossert (*Kinderärztl. Praxis*, 1935, n. 2), osserva che la terapia di questo stato si divide in due fasi: la lotta contro l'elemento causale ed il trattamento dello stadio acuto.

Quando i sintomi sono manifesti, si darà il calcio:

Cloruro di calcio	g.	30
Liq. anis. d'ammonio . .	»	3
Sciroppo di gomma . . .	»	30
Acqua distillata	»	300

Di questa miscela, se ne danno 50-60 cmc. in mucillagine. Più rapidamente agisce il gluconato di calcio per via endovenosa (5-10 cmc. della soluzione al 10 %) od endomuscolare. Nei casi gravi, si farà un clistere di 25 cmc. di cloruro di calcio al 2 %. Nella posizione della « mano ostetrica », agisce bene il solfato di magnesio alla dose di 20 cg. per kg. di peso.

Il latte va sempre limitato.

Come dieta, l'A. consiglia: 1) 150 grammi di mucillagine di riso al 10 %, 1-2 g. di plasmon e 2 cucchiaini da thè di zucchero; 2) Pappa di biscotto con frutta, con banana pestata o mela grattata: 10 g. di biscotto triturato, 50 g. di miscela a metà di acqua e metà succhi di frutta, 2 cucchiaini da thè, di zucchero; 3) Brodo di carne con legumi e creme; 4 e 5) Come ad 1).

Oltre alla terapia dietetica, si somministrerà l'olio di fegato di merluzzo od il vigantol.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla patogenesi della così detta "azotemia cloropriva,,.

A proposito di un caso studiato da G. Azzolini (*Archivio di Patologia e Clinica Medica*, maggio 1935), caratterizzato da: stenosi duodenale, vomito quasi incoercibile, cloropenia nel sangue e nel liquor, iperazotemia, iperazotorachia, diuresi scarsissima con urine normali, ma con bassa eliminazione di cloruri, alta concentrazione proteica del siero di sangue, pressione arteriosa bassa, mancanza di ipertrofia cardiaca di anemia, di manifestazioni emorragiche e di sintomi uremici e guarigione in seguito a terapia salina, l'A. si intrattiene a trattare la patogenesi della « azotemia cloropriva ». Il caso esaminato può essere posto nel gruppo delle sindromi illustrate particolarmente da Blum che le definì azotemie extrarenali e le riferì al fatto che l'organismo tratterrebbe l'urea per correggere l'abbassamento della concentrazione molecolare del sangue determinata dalla declorurazione. Ma alcuni AA. credono di poter discordare dalle vedute di Blum ed affermano che causa della iperazotemia sia un perturbamento della funzionalità del rene consistente nello stabilirsi di oliguria relativa e causata da una modificazione dell'equilibrio acido-base della cellula renale. Perciò l'urea si accumolerebbe nel sangue per due motivi: diminuzione del potere di concentrazione per l'urea da parte del rene e diminuzione assoluta della diuresi. Ai due aggiungono un terzo fattore: la disintegrazione proteica capace di determinare l'aumento di urea nell'organismo (Van Caulert, Petrequin, Manguio, Chabanier. Lobo Onell ecc).

L'A. nella sua malata ha seguìto giornalmente il comportamento della cloruremia e della azotemia durante la cura salina ed ha riscontrato una specie di transitoria dissociazione per i cloruri e l'azoto incoagulabile nei loro tassi nel sangue. Ciò parla contro l'ipotesi di Blum, azotemia conseguente alla cloropenia; d'altra parte l'A. stesso non può fare appello alla lesione renale, avendogli l'esame della funzione renale dato risultati normali (fenolsulfonftaleina) e si chiede quindi come e perchè avvenga il forte rialzo dell'azotemia.

Passa perciò ad esaminare il fattore occlusione intestinale la quale dà luogo ad una intossicazione proteica: in ûn primo periodo la p. ebbe vomito incoercibile che poi si attenuò e cessò; contemporaneamente vi fù ritorno al normale della cloruremia e della azotemia. Ma il fatto di aver riscontrato per due volte, in coincidenza di episodi dolorosi acutizzatisi una iperazotemia senza cloropenia, fa pensare all'A. che non vi fosse uno stretto rapporto tra l'una e l'altra e che la prima, cioè la iperazotemia fosse il fenomeno primitivo.

Restava a vedere perchè essa dipendesse ed in qual modo dalla disintegrazione proteica cellulare per opera dei prodotti tossici sviluppatisi nell'intestino occluso. In vero numerosi criteri clinici e di laboratorio possono far ritenere assai probabile tale meccanismo di produzione.

Per interpretare la cloropenia nella sindrome occlusiva varie ipotesi sono state fatte: certamente ha gran parte nel fenomeno la oliguria resa più grave dalla mancata introduzione di liquidi. Il vomito poi con la consecutiva perdita di cloro rende più accentuata la cloropenia stessa nel sangue e nei tessuti. Quindi la scarsità di cloro sarebbe solo associata ed in parte dovuta alle stesse cause della iperazotemia.

Viene infine discussa la quistione perchè la riclorurazione e il trattamento idrico agiscano sulla iperazotemia favorevolmente. L'A. ritiene che con la somministrazione di liquidi si influenzi direttamente la diuresi con conseguente maggior eliminazione di urea e di scorie azotate; che con la riclorurazione si ottenga una protezione per i tessuti ed una neutralizzazione dei tossici di provenienza intestinale. Vicentini.

VARIA

Prefazione scritta per una pubblicazione dell'associazione chirurgica occidentale "I nomi delle operazioni chirurgiche,,.

Questa prefazione è stata scritta da W. J. Mayo (*Proceedings of the Staff Meehings of The Mayo Clinic*. 1 maggio 1935), il quale fa notare che il linguaggio inglese è pel 68 % latino e che l'alfabeto latino è stato introdotto dopo la guerra anche in Turchia.

In America la lingua risente dell'introduzione di numerose parole provenienti da altre lingue ed ha molte parole nuove entrate definitivamente nell'uso quotidiano. La medicina, in modo speciale, s'è arricchita di parole nuove e molti procedimenti chirurgici portano solo il nome di chi li ha introdotti nell'uso. Per questo la « Western Surgical Association » ha voluto pubblicare un glossario di termini chirurgici che il Mayo raccomanda.

R. Lusena.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. Comessatti. *La tubercolosi intestinale.* — Editore « Rinnovamento Medico », Napoli, 1934.

R. F. Vaccarezza, G. Pollitzer y I. Rey. *Neumotorax electivo de lobulo inferior.* — Imp. Spinelli, Buenos Aires, 1934.

W. Galli. *Un nuovo metodo per l'esame radiologico dello spazio di Holzknecht.* — F. Vallardi, Milano, 1934.

G. Roasenda. *L'insulto apoplettico.* — Giorn. Med. Militare, Roma, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Medicina e Stato Corporativo.

(A. CUZZI. *Rassegna Italiana di Medicina Sociale*, maggio 1935-XIII).

In Regime Fascista non può soltanto esistere la medicina come scienza astratta ed a sè stante, ma deve esistere una medicina alla quale si possa aggiungere il nome di corporativa. Se un tempo era permesso al medico di tenersi lontano dalla vita quotidiana e di considerare sotto una luce diversa il problema della salute sociale, oggi il segregarsi dalla ingerenza nella tutela della salute del popolo, voluta dallo Stato, sarebbe antifascista, anticorporativo, antiitaliano. Il Regime chiede oggi al medico di coadiuvarlo efficacemente nella applicazione delle sue leggi rivolte a diminuire la mortalità, ad accrescere la natalità, a distruggere le malattie contagiose, a tutelare il lavoro ecc. Il medico quindi è chiamato a difendere con la salute dell'individuo quella sociale della Nazione e l'opera sua sarà completa solo quando avrà saputo fondere la clinica con le esigenze sociali. Il programma del medico nello Stato Corporativo è racchiuso in queste parole del Duce: « Penso che le pietre del passato sono certamente venerabili, ma che la salute di centinaia di migliaia di viventi è anche essa interessante ai fini della potenza del popolo italiano ».

***

Una legislazione sanitaria esiste da epoca remota, ma essa è rimasta quasi completamente infruttuosa e talvolta è riuscita financo dannosa per la incompleta ed errata sua applicazione.

Sulla Medicina e Legislazione Sanitaria del passato sono stati scritti volumi e volumi, ma i risultati sono stati molto scarsi: basta metterli a confronto con quello che si è ottenuto in questi anni di Regime Fascista. Oggi il medico esercita la sua missione nel clima dello Stato Fascista Corporativo e deve essere conscio del fatto importantissimo che la Nazione, insieme al corpo di quella cellula che è il cittadino, gli ha affidato anche la salute dell'organismo nazionale. La Carta del Lavoro gli dà le direttive per combattere le cause dirette e indirette delle malattie del lavoro, per mezzo della legislazione del lavoro; per combattere la minorazione della resistenza fisica per mezzo della legge sul riposo settimanale; per ottenere la disciplina della vita corporativa, per mezzo della legislazione delle ore di lavoro. Si ergono nel contempo quali monumenti imperituri di profilassi della stirpe, l'Opera Nazionale Balilla, l'Opera Maternità ed Infanzia, l'Opera Nazionale Dopolavoro.

Il medico in Regime corporativo deve essere conscio della ingerenza che ha lo Stato in tutto ciò che riguarda la salute pubblica e che allo Stato egli deve rispondere di tutte le sue prestazioni professionali: se a tutto ciò si disinteressasse darebbe prova di incomprensione grave dei doveri e delle finalità della assistenza medica in Regime Fascista.

Nel passato molto si è parlato di Medicina Sociale e di essa sono stati a suo tempo pubblicati molti trattati, rimasti però lettera morta a causa della mancanza del profondo amore del popolo da Mussolini insegnato con il suo luminoso esempio. Oggi si ha l'orgoglio di affermare che la legislazione sanitaria nostra è quanto di più progredita ed audace si possa escogitare ai fini del bene e della salute del popolo. Le altre nazioni hanno ad essa largamente attinto dandole i nomi più svariati ed anche per ciò dobbiamo sentirci orgogliosi e dimostrare la nostra riconoscenza sconfinata al Duce che ha creato e realizzato questo insuperabile ed imperituro monumento.

VICENTINI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

In conformità alle disposizioni di legge, in ubbidienza al Decreto Ministeriale 15 aprile 1935, entro il mese di maggio sono stati banditi dalle RR. Prefetture i concorsi ai posti vacanti il 30 aprile per i posti di sanitari condotti, ufficiali sanitari, uffici d'igiene e sanità, laboratori provinciali d'igiene e profilassi.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, che devono essere affissi nell'Albo Pretorio della Prefettura che li indice e dei Comuni interessati, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Rovigo 30 luglio; Campobasso, Cosenza, Foggia, Parma 31 luglio; Perugia, Reggio Emilia, Trieste, Udine 10 agosto; Savona 14 agosto; Belluno, Cagliari, Enna, Gorizia, Novara 15 agosto; Viterbo 16 agosto; Bergamo, Brindisi, Matera, Varese 20 agosto; Avellino 22 agosto; Grosseto 27 agosto; Bologna, Milano 30 agosto; Alessandria, Brescia, Ferrara, La Spezia, Pescara, Piacenza, Ravenna, Rieti, Roma, Teramo, Treviso 31 agosto.

Facciamo anche seguire alcuni altri brevi annunzi.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I »*. — Scad. 31 luglio, ore 18; primario di traumatologia e ortopedia; età limite 45 anni al 25 giugno; L. 5000 e partecipaz. 12 %; chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

AREZZO. *R. Prefettura*. — Scad. 3 agosto; concorso a 8 condotte mediche, di cui 3 per Arezzo; concorso ad assistente medico e ad assistente chimico presso il Laboratorio Prov. d'igiene e profilassi.

AVELLINO. *R. Prefettura.* — Scad. 22 agosto; concorso a 5 posti di ufficiale sanitario. Scad. 26 agosto; concorso a 14 posti di medico condotto.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Scad. 20 luglio, ore 18; chirurgo primario; titoli; L. 8500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1500 indenn. c.-v.; percentuali. Chiedere annunzio al Segetario Economo.

BRINDISI. *R. Prefettura.* — Scad. 31 luglio; concorso a 7 condotte mediche, di cui 3 nel Capoluogo.

CREMONA. *R. Prefettura.* — Al 30 agosto, ore 18, concorsi a dieci posti di medico condotto (2ª e 3ª categoria); stipendi L. 11.000 (una condotta) e L. 11.500 (9 condotte); indenn. mezzi di trasp. L. 1500 e L. 3500; indenn. ambulat. L. 300 e L. 500; aumenti periodici; ecc. Chiedere copia dell'avviso di concorso.

LODI. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 30 luglio, ore 17; chirurgo primario; titoli ed esami; stip. L. 12.500 e 6 aumenti del decimo, L. 2500 idenn. serv. att. e L. 3000 indenn. carica; 30 giorni di vacanza all'anno; età limite 45 anni; tassa L. 50. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria.

MILANO. *R. Prefettura.* — Scad. 30 agosto, ore 18; 19 posti di medico condotto e 5 di ufficiale sanitario. Chiedere bando all'Ufficio sanitario.

ORISTANO. *Congregazione di Carità.* — Scad. 10 settembre; primario medico nell'Ospedale Civile; età limite 45 anni; stip. L. 12.000 e 2 sessenni dec., compartecipaz. 35 %. Chiedere annunzio.

PAVIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 15 agosto, ore 17; secondo assistente presso l'Istituto elioterapico Vitt. Em. III in Bussana di S. Remo; stip. L. 8000, oltre L. 1500 serv. att., alloggio, vitto; 2 bienni ventesimo; età limite 35 a.; chiedere annunzio.

PONTEDERA (*Pisa*). *Spedale Lotti.* — Scad. 20 luglio, ore 17; medico chirurgo aiuto; titoli; stipendio L. 6000 lorde; 30 giorni di congedo annuo; anno di prova e due conferme biennali; età limite 29 anni al 20 maggio; tassa d'esame L. 35,10, alla Tesoreria; documenti non anteriori di 3 mesi al 20 maggio; servizio entro 15 giorni dalla partecipaz. di nomina. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria.

CONCORSI A PREMI.

Accademia Lancisiana di Roma.

Il Direttorio dell'Accademia Lancisiana di Roma porta a conoscenza dei Signori Accademici e Soci i temi per i concorsi a premio banditi per l'anno 1934-XII - 1935-XIII:

1) Rapporti tra stati anemici e disturbi digestivi.

2) La embolectomia.

Premio di L. 2000 della Presidenza degli Ospedali Riuniti di Roma.

I temi dovranno essere consegnati non più tardi delle ore 8 del 15 settembre 1935-XIII. I lavori concorrenti ai premi dovranno essere originali inediti, dattilografati in lingua italiana e contrassegnati da un motto che deve essere trascritto sopra una busta chiusa (contenente il nome del concorrente) la quale verrà aperta dalla Commissione esaminatrice dopo fatta la votazione definitiva.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Accademia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Silvio Angiolani, direttore della Sezione Medica del Laboratorio provinciale d'Igiene e profilassi di Ancona, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

Alla Facoltà Medica di Belgrado per l'anno scolastico 1935-36 sono stati eletti: decano il prof. M. Bogdanovic, direttore della Clinica ginecologica; vice-decano il prof. M. Kostic, direttore della 1ª Clinica chirurgica.

Mentore legislativo, per tutti i Sanitari Italiani

Nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie

con **NOTE** e **COMMENTO** di

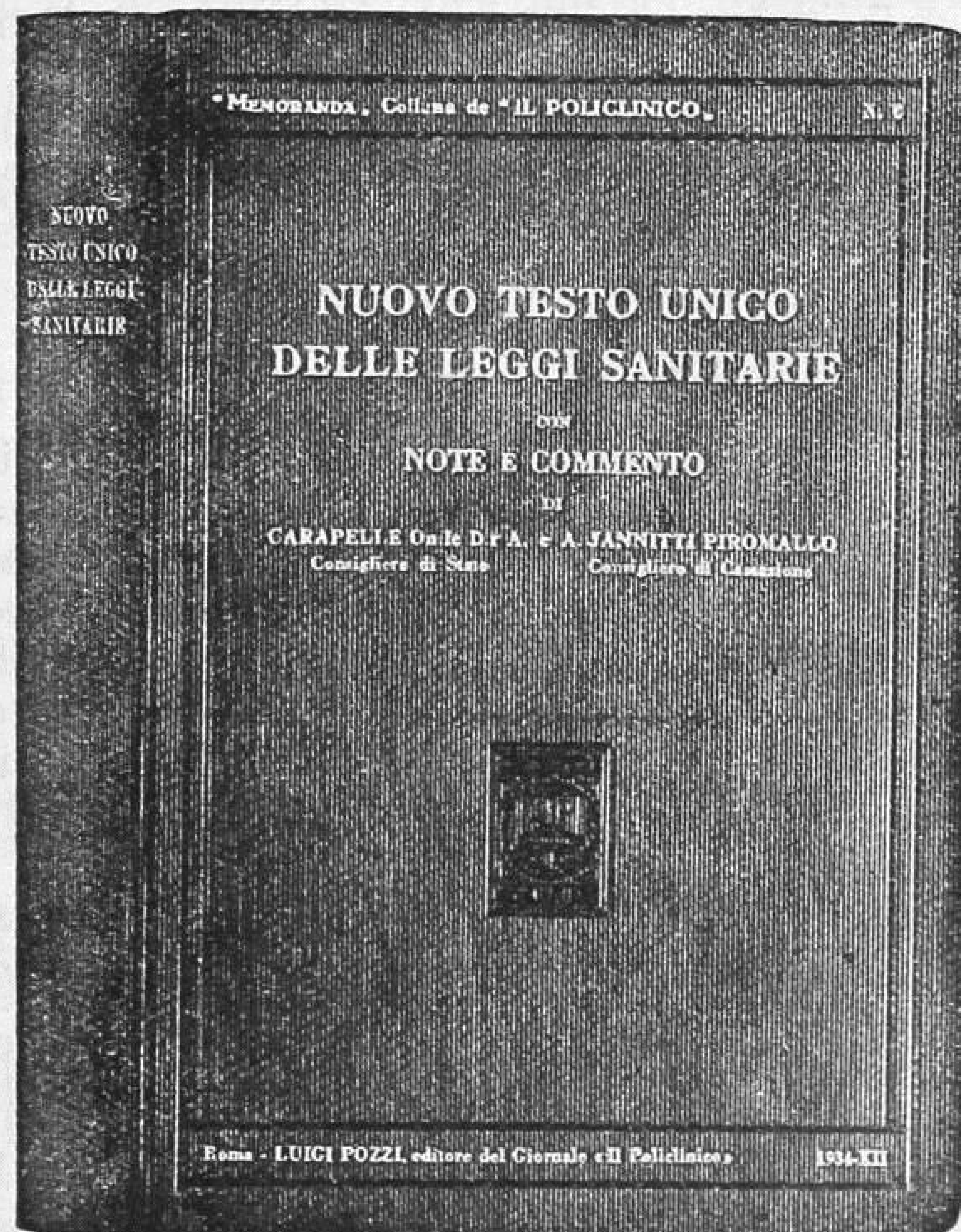
CARAPELLE On. Dr. ARISTIDE, Consigliere di Stato

e

JANNITTI PIROMALLO Dr. Prof. ALFREDO, Consigliere di Cassazione.

Il **COMMENTO** che offriamo noi, ha un carattere **eminentemente pratico** ed è una **Guida veramente sicura** per la CONOSCENZA E L'APPLICAZIONE DELLE LEGGI SANITARIE con opportuni richiami alla Giurisprudenza e con la spiegazione delle modificazioni introdotte nella Legge stessa.

La nostra Casa Editrice che, con le speciali rubriche del « POLICLINICO » e soprattutto con l'altro proprio Periodico specializzato « Il Diritto Pubblico Sanitario », ha acquistato da tempo l'esperienza delle particolari esigenze dei **Medici** e degli **Amministrativi** in *materia sanitaria*, è venuta così incontro a questi, offrendo loro siffatta pubblicazione **realmente indispensabile**, la quale, per la profonda competenza dei due illustri autori, che hanno saputo imprimervi un carattere di grande praticità, **non deve esser confusa con altre pubblicazioni congeneri**, da altri annunziate **prive dei nomi degli autori del Commento, senza, cioè, l'elemento più importante.**



Fac-simile del volume, a circa metà dal vero

Volume in formato tascabile, di pagg. XII-720, in nitidissimi caratteri corpo 8 e corpo 6, stampato su carta tipo « India-Oxford », ed artisticamente rilegato in tela. Prezzo L. **45**, più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al « Policlinico », o a qualsiasi delle altre nostre 4 Riviste, sole L. **37** in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI - Ufficio Postale Succursale diciotto - ROMA.

NOTIZIE DIVERSE

Il 10° Congresso internazionale di chirurgia ed una nostra iniziativa.

La decima sessione triennale della Società internazionale di chirurgia — la quale raggruppa attualmente incirca 1200 chirurgi, appartenenti a 42 Nazioni — avrà luogo — come abbiamo annunziato — al Cairo, dal 30 dicembre 1935 al 4 gennaio 1936, sotto la presidenza del prof. A. Eiselsberg di Vienna. Le sedute del congresso sono riservate esclusivamente ai membri della Società, il cui numero è limitato per ogni Paese.

I congressisti ed i componenti le loro famiglie sono invitati dal Comitato ordinatore a feste sontuose. che saranno organizzate ad Alessandria ed al Cairo dal Governo egiziano e dai chirurgi dell'Egitto.

Temi in discussione: « chirurgia delle paratiroidi »; « chirurgia del simpatico lombare »; « chirurgia del colon, eccettuato il cancro »; « condizioni chirurgiche della bilharziosi ». I nomi dei relatori sono sicura garanzia dell'interesse che desteranno le discussioni; ricordiamo che tra essi figurano, per l'Italia, Donati di Milano, Chiasserini di Roma e Pieri di Belluno.

Per dati complementari rivolgersi al segretario generale, Dr. L. Mayer, rue de la Loi 72, Bruxelles, Belgio. Delegato per l'Italia è il prof. R. Alessandri, direttore della Clinica chirurgica della R. Università di Roma.

Allo scopo di facilitare la partecipazione italiana a questo Congresso, la nostra Rivista ha preso l'iniziativa di organizzare un viaggio in gruppo, al quale potranno intervenire i medici italiani e le loro famiglie.

Il programma di questo viaggio — che darà modo, oltre che di presenziare ai lavori del Congresso, di visitare l'alto Egitto e la Palestina — è ora in corso di elaborazione e sarà pronto fra qualche giorno. Esso sarà di buon grado inviato a quanti ne faranno richiesta all'amministrazione della nostra Rivista, via Sistina 14, Roma.

Il Congresso sulle brucellosi ad Avignone.

Demmo già notizia di questo Congresso, tenuto nei giorni 11, 12 e 13 giugno ad Avignone; vi furono trattati importanti problemi di patologia umana e veterinaria e fu segnalata la preoccupante diffusione della febbre ondulante in tutti i paesi d'Europa, con danni sociali ed economici.

Nella prima seduta fu chiamato alla presidenza il prof. Bertarelli di Pavia, e in quella veterinaria il prof. Finzi di Milano.

Importanti sono state le relazioni del Finzi, del Bruschettini di Genova, del Favilli di Firenze, del Calistri di Perugia.

Il prof. Bianchi riferendo i risultati delle Cliniche di Pavia e Catania, e il prof. Giugni, portando i contributi delle sue osservazioni in Romagna, hanno messo in evidenza il primato degli studi italiani e i brillanti risultati ottenuti nel trattamento della febbre maltese col vaccino introdotto per via endovenosa. Le comunicazioni hanno suscitato una viva, interessante discussione.

Il prof. Calistri propose la costituzione di una Associazione internazionale per lo studio delle febbri maltesi e portò al Congresso l'invito del Podestà di Perugia, per aver destinata questa Città come sede del prossimo Congresso.

5° Congresso nazionale contro la tubercolosi.

Per questo Congresso, che avrà luogo in ottobre prossimo, sono stati approvati i seguenti temi:

Tema clinico: « Reinfezione endogena e reinfezione esogena nella tubercolosi polmonare », relatore generale: sen. prof. Ferdinando Micheli; correlatori: proff. Ronzoni, Costantini, Lubich, Luzzatto Fegiz.

Tema biologico: « I componenti chimici del bacillo tubercolare », relatore generale: prof. Gianni Petragnani; correlatori: proff. Sivori, Puntoni, Omodei Zorini, Urizio, Daddi, Ninni.

Tema terapeutico: « La cura dell'empiema metapneumotoracico », relatore gen.: prof. Vincenzo Monaldi; correlatori: proff. on. Raffaele Paolucci, Redaelli, Carpi Fici, Perin.

Tema sociale: « Il lavoro in casa nella lotta contro la tubercolosi », relatore generale: prof. Gioacchino Breccia; correlatori: proff. on. Morelli, Ilvento, Giannini, Bocchetti, Sagona.

8° Convegno dei tisiologi lombardi.

Presieduto dal prof. L. Zoia di Milano, si è svolto a Mantova l'VIII Convegno della Sezione lombarda della Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, con l'intervento di oltre 100 medici della regione. Erano presenti il sen. prof. Maragliano, l'on. Maffei, preside della provincia, ed altre personalità. Numerose le adesioni.

Il prof. A. Orsi di Milano è stato relatore del tema « Forme morbose simulanti la tubercolosi polmonare ».

Poi il prof. G. Ronzoni di Milano ha riferito ampiamente sul tema: « Emigrazione e tubercolosi nelle provincie lombarde », con speciale riguardo all'assistenza all'estero e in patria.

Dopo breve discussione su tale relazione, il Convegno ha approvato un ordine del giorno presentato dal prof. Ronzoni e col quale i tisiologi lombardi riuniti in Mantova ritengono di insistere presso il Governo Nazionale perchè sia sostenuta da parte dei delegati italiani alla XIX sessione della Conferenza internazionale del lavoro a Ginevra, a difesa del lavoro italiano, a difesa della nostra razza e ad integrazione dell'assistenza e profilassi antitubercolare nazionale, il seguente principio: « che gli operai emigrati tubercolosi conservino i diritti acquisiti nel Paese di lavoro anche quando ritornano in Italia, togliendo così la ingiusta imposizione fatta agli assicurati nostri di non ritornare in Italia se vogliono conservare il diritto alla prestazione maturata nel Paese di immigrazione ».

Il Convegno si è chiuso con l'invio di un telegramma di omaggio e di devozione al Duce.

Il Consiglio direttivo della Croce Rossa.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il R. Decreto 13 maggio 1935-XIII circa la sostituzione del vice-presidente e di due membri del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana della Croce Rossa.

L'on. prof. dott. Ettore Marchiafava, senatore del Regno, è esonerato dalla carica di vice-presidente del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana della Croce Rossa rimanendo a far parte del Consiglio medesimo in qualità di consigliere.

L'on. conte dott. Romeo Gallenga Stuart, senatore del Regno, è nominato vice-presidente del Consiglio direttivo dell'Associazione predetta.

Il principe don Marcello Borghese è nominato

componente del Consiglio direttivo dell'Associazione medesima, in sostituzione del generale marchese Francesco D'Affitto.

Il gruppo dei medici aviatori.

Tra i « radunisti » del Giro di Lombardia disputatosi a Milano il 16 giugno, vi erano quest'anno parecchi medici, invitati dal pilota dott. Gino Cornelli dell'Aero Club di Milano, allo scopo di costituire il Gruppo di medici aviatori, i quali, in tutta Italia, sono una quarantina. Con l'intervento anche dei dottori-piloti milanesi Cattaneo, Consonno e Novaro, nonchè di colleghi, presenti o rappresentati, di Modena, Bologna, Vicenza, Ferrara, Roma, Bolzano e Tripoli, è stata tenuta, in una sala dell'Aerocentro da turismo, una riunione preliminare nella quale si sono gettate le basi della formazione del Gruppo dei medici soci del R. Aero Club d'Italia e si è tracciata a grandi linee l'attività da svolgere nel campo scientifico e propagandistico. Si è pure deciso di indire, in occasione del Salone internazionale dell'aeronautica che si terrà nell'ottobre prossimo a Milano, una « giornata medico-aviatoria », alla quale hanno assicurato il loro intervento spiccate personalità della scienza medica e chirurgica.

I sanitari che intendano entrare a far parte del Gruppo dovranno dirigere le loro adesioni al dott. Cornelli, presso l'Aero Club Pensuti di Milano, in via Ugo Foscolo 3.

Il Sanatorio " Maria Pia di Savoia „ a Putignano.

S. A. R. il Principe di Piemonte ha inaugurato il 21 giugno a Putignano il sanatorio climatico antitubercolare « Maria Pia di Savoia », il più vasto e modernamente attrezzato dell'Italia Meridionale. Alla cerimonia assistevano le maggiori autorità della Provincia di Bari. Il Commissario straordinario del Consorzio antitubercolare ha rivolto all'Augusto ospite il deferente saluto e un vivo ringraziamento per l'onore concesso, accettando l'invito di presenziare la cerimonia e ha illustrato l'assidua opera svolta dal Regime per la lotta contro la tubercolosi.

Il Principe, accompagnato dai dirigenti dell'Istituto e seguìto dalle autorità, ha visitato minutamente il sanatorio, complimentandosi infine per la magnifica realizzazione.

Il sanatorio è costituito di un corpo centrale che è la vecchia Villa Romanazzi, opportunamente trasformata, e da due ali di fabbricati nuovi. Quarantacinque ettari costituiscono l'area del territorio a disposizione di questo sanatorio; una parte notevole di terreno è coperto da bosco mentre il rimanente è adibito a parco e giardino. Il sanatorio, sorto in due anni, è capace di 230 letti, di cui 150 per adulti e 80 per bambini.

Un po' dovunque.

Il Consiglio direttivo dell'Unione internazionale contro la tubercolosi si adunerà l'11 luglio a Parigi, nella sede della segreteria (boulevard Saint-Germain 66): in mattinata si terrà una seduta amministrativa e nel pomeriggio (alle 15) una seduta scientifica, per discutere il tema « La standardizzazione delle prove alla tubercolina », su relazione del prof. Madsen (Copenaghen); a questa seduta sono invitati gli studiosi che s'interessano al problema.

Il 1° Congresso brasiliano sul cancro, promosso dalla Società brasiliana di medicina e chirurgia, si terrà a Rio de Janeiro dal 20 al 27 ottobre. Temi: Il pre-cancro in clinica; Il cancro in clinica; Classificazione dei cancri; Localizzazione e disseminazione del cancro; La mortalità da cancro nel Brasile; Progetto di lotta anticancerosa nel Brasile. Per informazioni rivolgersi alla: Comissão Executiva do 1° Congreso Brasileiro de Cancer, Avenida Mem de Sá 197, Rio de Janeiro, Brasile.

La Società Italiana di Ematologia, il cui Consiglio direttivo è presieduto dal prof. A. Ferrata, ha tenuto la prima adunanza a Milano il 23 giugno.

La Società Medico-Chirurgica della Romagna si è adunata a Faenza il 26 maggio, sotto la presidenza del prof. F. Giugni, assistito dal segretario dott. P. Galli. Sono state fatte comunicazioni da: I. Civalleri (Faenza), A. Graziani (Imola), F. Giugni (Lugo).

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 7 giugno, con la presidenza del prof. A. Bozzoli, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Sono state fatte comunicazioni da: D. Calzavara, G. Sacerdote, A. Cestari, L. Alberti, M. Bortolozzi.

In occasione del Congresso internazionale ospedaliero, il Pontefice ha ricevuto undici medici olandesi, presentati da mons. Eras; essi avevano preso l'iniziativa di protestare energicamente contro i medici tedeschi che sostenevano l'estensione dell'eugenica e della sterilizzazione in tutti i popoli, e si erano opposti a che la discussione su questo argomento fosse iscritta all'ordine del giorno del futuro congresso, riuscendo in tale intento, che si conforma al voto espresso dal Pontefice in un recente discorso; S. S. si congratulò vivamente con essi.

Sono stati inaugurati a Roma i corsi di malariologia organizzati, per medici italiani e stranieri, dall'Istituto di malariologia, in cooperazione con l'Istituto della sanità pubblica.

La Settimana medica padovana, svoltasi dal 10 al 16 giugno, ha assunto sviluppo e importanza notevoli, per l'interesse delle conferenze e il numero degli intervenuti, nonchè per le visite integrative.

La Federazione di Roma dell'O. N. M. I. (via Tribuna di Tor de' Specchi 18-A) ha organizzato un corso di puericultura per medici, che aspirino alla direzione dei Centri di assistenza materna e infantile; esso ha inizio il 1° luglio e durerà un mese.

La Guardia Ostetrica di Napoli ha iniziato il suo funzionamento; la direzione è affidata al prof. De Nicola, direttore della Maternità del R. Stabilimento dell'Annunziata. Essa integra un altro provvedimento del Municipio di Napoli, che ha aumentato da 4 a 14 le levatrici condotte e ha stabilito per esse l'obbligo della dimora nella sezione ad ognuna assegnata.

L'on. prof. E. Morelli, accompagnato dal prof. Giannini e dall'ing. Giacoli, dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, si è recato in Tripolitania, per studiare l'ubicazione e le modalità di sistemazione ambientale di un Sanatorio antitubercolare.

Alla Facoltà Medica di Parigi è organizzata una ricca esposizione artistica di quadri, sculture, disegni, incunabuli, volumi rari ecc. appartenenti alla Facoltà stessa; l'Esposizione occupa gli ap-

partamenti del Decano. È illustrata da un catalogo di 159 pagine e 66 figure, édito dalla Casa Masson.

Il prof. sen. A. Castellani ha riaffermato, in un'intervista concessa alla « Morning Post », le ottime condizioni sanitarie e l'efficienza dei servizi sanitari nell'Africa orientale italiana.

Il prof. sen. Luigi Devoto ha visitato a Berlino la Clinica delle malattie professionali fondata nel grande Ospedale di Neukoeln.

Gl'inscritti del triennio 1904-6 ed i laureati in medicina nel 1910 presso la R. Università di Catania sono pregati di mettersi in rapporto col collega Agatino Liotta, via Mancini 6, Catania, il quale si è reso promotore di celebrare, nella prossima estate, i 25 anni di esercizio professionale.

Una crociera medica automobile si svolgerà dal 21 agosto all'8 settembre, in Svizzera, Austria, Jugoslavia e Italia; aduno e ritorno a Basilea; quota 2900 franchi francesi. Rivolgersi al Dr. Cavro, presidente de « La Nomade », rue Jules Ferry 15, Paris XIIIe, Francia.

Al Cairo sette medici e due assistenti sono stati condannati ad un anno di prigione e 200 lire egiziane di ammenda ciascuno per avere facilitato l'uso di narcotici ai loro malati. Si potè provare che uno di essi durante un anno aveva praticato incirca 1800 iniezioni di morfina ad un solo malato.

Negli ultimi tempi si è molto diffuso in Germania un movimento contrario a ogni genere di vaccinazione, che basandosi su teorie sostenute specie dal capo dell'antisemitismo social-nazionale Streicher, riafferma il principio che ogni corpo estraneo che entra nel sangue è veleno. Per arginare tali tendenze appare ora una disposizione del capo dell'Associazione dei medici social-nazionali, dott. Wagner, che fa rigoroso divieto a pubblicazioni di qualsiasi genere che attacchino la vaccinazione.

Per onorare la memoria dello Scomparso prof. G. Truffi è stata istituita presso l'Università di Padova una Fondazione al suo nome, di cui lo scopo preciso sarà successivamente stabilito da un apposito Comitato presieduto dal Rettore. Numerose sono già giunte le adesioni, indirizzate all'economo della R. Università, per concorrere così nel modo più degno a ricordare il giovane scienziato di cui si piange la perdita.

Si è spento a 72 anni il prof. GIUSEPPE CAMPIONE, che aveva diretto la Maternità e la Scuola ostetrica di Bari prima dell'istituzione dell'Università, organizzando un'assistenza ottima. Godeva di larghissima estimazione. Aveva eseguito numerosi e pregevoli studi; da molti anni si era dedicato alla filosofia biologica e alla volgarizzazione rivolta alla bonifica della razza; ricordiamo i suoi volumi « Per i germi della specie », « Dalla femmina alla donna », « Veli di Iside ».

M. P.

Il prof. LUCIO MASTROSTEFANO, mentre esaminava un alunno del Ginnasio di Sessa Aurunca, è morto all'improvviso, colpito da trombosi cerebrale. La salma è stata trasportata a Caserta ove furono rese solenni onoranze funebri all'estinto, che era universalmente amato e stimato.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 8 feb. — TRENDELENBURG. Nuovi metodi di elettrocardiografia. — v. HOESSLIN. Influenza.

Presse Méd., 9 feb. — P. BROCQ. Trattam. delle pancreatiti acute. — D.-M. GOMEZ. Sulla terapia dell'uremia.

Klin. Woch., 9 feb. — W. SCHOLZ. Sensibilità del cervello ai raggi Roentgen e del radium. — G. E. SINCKE. Terapia della lambliasi.

Revue d'Immunol., gen. — P. VALLERY-RADOT e G. MAURIAE. Parallelo fra anafilassi provocata e spontanea.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 3 feb. — M. VOLTERRA. « Anemia ipercromica degli uremici ».

Morgagni, 6 gen. — G. BOERI. Terapia aspecifica.

Revue Mens. de l'Umfia, gen. — A. LUMIÈRE. Le bugie delle statistiche. — N. PENDE. Il genio medico latino.

Giorn. di Batter. e Immun., gen. — I. L. KRITSCHEWSKI e C. S. HERONIMUS. Sulla critica della dottrina fagocitaria. — I. KUJUMGIEFF. Ascesso di fissaz.

Riv. It. di Ginec., gen. — R. BOLAFFI. Istidinuria. — G. TATA. Potere battericida del sangue di gravida tbc verso il b. di Koch.

Bull. Trimestr. de l'Org. d'Hyg., dic. — A. G. MCKENDRICK. Vaccinazioni antirabbiche.

Id., mar. — Numero sul campionamento biologico.

Journ. Méd. Franç., gen. — Crisoterapia nella tbc. e nei reumatismi cronici.

Lancet, 9 feb. — D. S. MURRAY, C. E. DOLMAN. Tossoide stafilococcico. — C. BOUDER HENRY. Il dente della saggezza e le sue complicazioni.

Brit. Med. Journ., 9 feb. — C. G. PAINE. Eziologia dell'infezione puerperale.

Journ. A. M. A., 26 gen. — A. M. CRAME e al. Trattam. della bacilluria. — A. FRIEDLANDER. Tipi di arteriosclerosi. — J. KULOWSKI e E. FREUND. Lussaz. dell'anca.

Riv. San. Sicil., 1 feb. — E. TESORIERE. La cellulia.

Rev. de Chir., gen. — J. CAROLI e H. BENOIT. Itteri detti medici e loro trattam. chirurgico.

Rev. Méd. Latino-Amer., nov. — F. MARTINEZ e J. C. TASSART. Diagnosi di attività bacillare; prova di Vaccarezza.

Semana Méd., 10 gen. — V. DIMITRI. Distonia muscolare deformante. — M. RUIZ MORENO. Malattie costituzionali dell'infanzia in chirurgia ortopedica. — *Id.*, 17 gen. V. A. UGON. Corpi estranei nel cuore. — G. COSTA BERTANI e A. MOLFINO. Appendicite e febbre reumatica.

Bull. Ac. Méd., 5 feb. — LAVEDAN. Trattam. dei tumori maligni con veleno di cobra.

Rass. clin.-scientif., 15 feb. — P. RONDONI. Le catepsine o proteasi cellulari. — A. PELLEGRINI. Appendicite acuta.

Ann. de Méd., feb. — G. MARAÑON e al. Insufficienza surrenale cronica. — J. REILLY e al. Patogenesi della febbre tifoide. — G. PAISSEAU e LAQUARRIÈRE. Episodî meningei tbc. curabili. — J. PARAF e al. Glutationemia e vecchiaia.

Studium, 1 feb. — A. SALMON. L'asma bronchiale.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., gen. — C. R. MOORE. Ormoni e riproduzione. — R. A. REIS e al. Cardiopatie e gravidanza.

Morgagni, 13 gen. — I. BARBERA. Il glutatione degli espettorati.

Paris Méd., 16 feb. — Malattie dell'apparecchio respirat.

Arch. p. le Sc. Med., gen. — R. MORACCHINI. Anemia aplastica e morbo di Werlhof. — F. MARCOLONGO e C. ROTTA. Sull'amiloidosi renale.

Presse Mé., 13 feb. — A. SÉZARY e H. GALLOT. La paralisi gener. dei tabetici.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., 31 gen. — L. CASTALDI. Effetti biologici e terapeutici delle onde hertziane.

Rif. Med., 9 feb. — G. IZAR e P. MORELLI. Azione biologica delle onde corte. — C. NEGRI. Diagnosi biologica di cancro.

Cl. Med. It., gen. — E. VIGLIANI, C. ANGELINI. Porfirinemia. — F. VANNUCCI, W. MELOCCHI. Diuresi diatermica.

Klin. Woch., 16 feb. — R. RIGLER. Intossicazione da acqua e diuresi nell'insufficienza renale. — H. RUTENBENEK. Elettroforesi.

Deut. Med. Woch., 15 feb. — v. BORMANN. Diagnosi precoci e diagnosi erronee nelle malattie infett. — DOMAGK. Chemoterapia delle infezioni batteriche.

Arch. It. di Chir., 1. — P. CAZZAMALLI. Variazioni umorali post-operatorie. — G. M. GIULIANI. Ipercolesterinemia nella patogenesi delle calcolosi epatiche.

Clinica Chir., gen. — R. PAZZAGLI. Embolectomia arteriosa. — I. BACCARINI. Pielite follicolare (granulosa).

Sperimentale, dic. — S. FERRANDO. Infiammaz. asettica. — G. DEL GUERRA. Corpi creatinici.

Arch. Intern. Med., gen. — J. H. MEANS e J. LERMAN. Sintomatologia del mixedema. — W. R. JORDAN. Neuropatie nel diabete. — E. M. MACKAY. Esame della funzione renale.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., feb. — E. G. ROSENOW. Specificità di streptococchi isolati in malattie del sistema nervoso. — M. W. THOMER. Psicofarmacologia dell'amital sodico.

Pediatria, 1 feb. — G BETTINARDI. Roentgenterapia delle nefriti. — V. SACCO. Valore anergizzante della varicella.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Marzo 1935

Malattie	25/2-3/3		4-10		11-17		18-24		25-31	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	352	2616	337	2782	325	3709	372	3149	357	3427
Scarlattina	109	277	108	229	88	230	118	282	110	330
Varicella	141	407	119	312	123	449	114	379	136	438
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	121	196	98	106	109	160	109	169	115	166
Difterite e Croup	315	55[illegible]	289	460	280	547	289	550	287	563
Meningite cerebro-spinale	23	32	15	19	17	20	23	28	13	15
Poliomielite cutanea ac.	4	4	4	4	7	7	4	4	3	3
Encefalite letargica	5	5	3	3	6	6	3	3	2	2
Dissenteria	5	5	1	1	3	3	4	4	3	3
Pustola maligna	7	7	5	5	5	5	4	4	6	8

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma · Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Dagli abbonati al "Policlinico,, queste pubblicazioni possono ottenersi, addebitate dalla Casa Editrice al prezzo di copertina, contro pagamento a rate mensili.

Importanti pubblicazioni per i nostri signori abbonati:

Dott. prof. VITTORIO GHIRON
Aiuto nella R. Clinica Chirurgica di Roma
Lib. doc. di Patologia Chirurgica, Clinica Chirurgica e Medicina operatoria.

Dott. prof. VENANZIO LOZZI
Aiuto nella R. Clinica Chirurgica di Roma
Lib. doc. di Patologia Chirurgica e Clinica delle malattie delle vie urinarie.

Dott. Prof. CARLO MARINO-ZUCO
Aiuto nella R. Clinica Traumatologica e Ortopedica della Univ. di Roma - Lib. doc. di Traumatologia e Ortopedia.

Compendio di Traumatologia e Ortopedia

ad uso degli studenti e dei medici

FRATTURE IN GENERALE - LUSSAZIONI - TRAUMI DELLE ARTICOLAZIONI - ESITI DI ALCUNI TRAUMI ARTICOLARI - DEFORMITÀ CONGENITE E ACQUISITE DEGLI ARTI ::

Volume di circa pagina 300, con 267 figure nel testo. Prezzo L. **45,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **38** in porto franco.
Per l'Estero, alle L. **38,** aggiungere L. **4** per le occorrenti maggiori spese di spedizione raccomandata.

Dott. Prof. MANFREDO ASCOLI
AIUTO NELLA R. CLINICA CHIRURGICA DI ROMA
LIBERO DOCENTE DI PATOLOGIA CHIRURGICA, CLINICA CHIRURGICA E MEDICINA OPERATORIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Chirurgia del Torace

(Pareti, mediastino, timo, pericardio, cuore, esofago, pleura, polmoni e diaframma)

(con 144 figure, delle quali 20 in tricromia, intercalate nel testo)

Chirurgia della parete toracica. CAP. I. Cenni anatomici. — II. Malformazioni congenite. — III. Malformazioni acquisite. — IV. Traumi toracici. — V. Flogosi. — VI. Echinococco della parete toracica. — VII. Tumori della parete. — **Chirurgia del mediastino.** CAP. I. Anatomia. — II. Traumi. — III. Mediastinite acuta. — IV. Tumori del mediastino. — **Chirurgia del timo.** CAP. I. Cenni anatomici. — II. Cenni di fisiopatologia. — III. Iperplasia timica. — IV. Stato timico e anestesia chirurgica. — V. Stato timico e gozzo esoftalmico. — VI. Infiammazioni del timo. — VII. Tumori del timo. — **Chirurgia del pericardio.** CAP. I. Anatomia. — II. Traumi. — III. Infiammazioni. — IV. Tumori del timo. — **Chirurgia del cuore.** CAP. I. Anatomia. — II. Fisiopatologia. — III. Malformazioni congenite. — IV. Ferite. — V. Corpi estranei. — VI. Vizi valvolari. — VII. Tumori. — VIII. Echinococco. — IX. Arresto del cuore e rianimazione. — **Chirurgia dei grossi vasi.** CAP. I. Anatomia. — II. Chirurgia dell'aorta toracica. — III. Chirurgia dell'arteria anonima. — IV. Chirurgia delle succlavie. — V. Chirurgia della carotide. — VI. Chirurgia dei grossi tronchi venosi. — VII. Chirurgia delle arterie polmonari. — VIII. Embolia gassosa. — IX. Trattamento chirurgico dell'angina di petto. — **Chirurgia dell'esofago.** CAP. I. Anatomia. — II. Semeiotica. — III. Esofagoscopia. — IV. Malformazioni congenite. — V. Traumi. — VI. Infiammazioni. — VII. Ulcere dell'esofago. — VIII. Corpi estranei dell'esofago. — IX. Stenosi. — X. Megaesofago e cardiospasmo. — XI. Diverticoli esofagei. — XII. Tumori dell'esofago - Tumori maligni. — **Chirurgia del dotto toracico.** CAP. I. Cenni anatomici. — II. Traumi del dotto toracico. — III. Linfaticostomia. — **Chirurgia della pleura.** CAP. I. Anatomia. — II. Fisiopatologia. — III. Cura del pneumotorace aperto. — IV. Traumi della pleura. — V. Malattie infiammatorie della pleura. — VI. Tumori della pleura. — **Chirurgia del polmone.** CAP. I. Cenni anatomici e fisiologici. — II. Traumi del polmone. — III. Ernie del polmone. — IV. Ascessi del polmone. — V. Gangrena polmonare. — VI. Actinomicosi. — VII. Tubercolosi. — VIII. Bronchiectasie. — IX. Asma bronchiale. — X. Enfisema. — XI. Echinococco. — XII. Tumori. — **Chirurgia del diaframma.** CAP. I. Cenni anatomici. — II. Traumi. — III. Ernie. — IV. Malattie infiammatorie. — V. Tumori.

Volume in-8°, di pagine 252, nitidamente stampato su carta patinata, con 144 figure nel testo, 20 delle quali in tricromia. Prezzo L. **36,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **31,50** in porto franco. Per l'estero, alle L. **31,50,** aggiungere L. **3,50** per le occorrenti maggiori spese di spedizione raccomandata.

Prof. GIORGIO FERRERI
Direttore inc. della R. Clinica Oto-rino-laringoiatrica dell'Università di Perugia

Compendio di Chirurgia Oto-rino-laringologica

ad uso dei medici

INDICE SISTEMATICO in *Sommario*: **CHIRURGIA DELL'ORECCHIO.** — Cap. I. Cenni di Anatomia - Cap. II. Esame obbiettivo - Cap. III. Malattie orecchio esterno - Cap. IV. Malattie orecchio medio - Cap. V. Malattie orecchio interno.

CHIRURGIA DEL NASO E DEI SENI DELLA FACCIA. — Cap. I. Anatomia e Semeiologia - Cap. II. Deformità del naso e stenosi delle fosse nasali - Cap. III. Fratture del naso - Cap. IV. Deviazioni del setto - Cap. V. Ipertrofia dei turbinati e Rinite ipertrofica - Cap. VI. Epistassi - Cap. VII. Ematoma del setto - Cap. VIII. Rinofima - Cap. IX. Rinoscleroma - Cap. X. Tubercolosi nasale - Cap. XI. Sifilide nasale - Cap. XII. Sinusiti - Cap. XIII. Cisti paradentarie - Cap. XIV. Mucocele - Cap. XV. Tumori della piramide nasale - Cap. XVI. Tumori delle fosse nasali e del naso.

CHIRURGIA DELLA FARINGE. — Cap. I. Cenni di anatomia - A) *Cavo naso-faringeo* - Cap. II. Vegetazioni adenoidi - Cap. III. Fibromi naso-faringei - Cap. IV. Tumori maligni del cavo naso-faringeo - B) *Faringe propriamente detta* - Cap. V. Lesioni traumatiche dell'oro-faringe - Cap. VI. Angina settica e sepsi faringea - Cap. VII. Ipertofia della tonsilla palatina - Cap. VIII. Tonsillite lacunare caseosa cronica - Cap. IX. Ascesso peritonsillare e sopratonsillare - Cap. X. Ascesso latero-faringeo - Cap. XI. Ascesso retro-faringeo - Cap. XII. Tumori benigni e maligni dell'oro-faringe.

CHIRURGIA DELLA LARINGE E DELLA TRACHEA. — Cap. I. Anatomia - Cap. II. Laringo-tracheo-broncoscopia - Cap. III. Lesioni traumatiche - Cap. IV. Corpi estranei - Cap. V. Ascesso della laringe. Epiglottite flemmonosa - Cap. VI. Condro-pericondriti laringee - Cap. VII. Laringotifo - Cap. VIII. Edemi della laringe - Cap. IX. Stenosi della laringe - Cap. X. Laringite difterica - Cap. XI. Tubercolosi - Cap. XII. Sifilide - Cap. XIII. Laringoscleroma - Cap. XIV. Lebbra - Cap. XV. Tumori benigni - Cap. XVI. Tumori maligni - Cap. XVII. Operazioni sulla laringe e sulla trachea.

APPENDICE. — Esofagoscopia.

Volume di 446 pagine, con 289 figure nel testo, 17 delle quali in tricromia. Prezzo L. **58,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **50** franco di porto. Per l'estero, alle L. **50,** aggiungere L. **5** per le occorrenti maggiori spese di spedizione raccomandata.

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14. oppure presso l'Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

ANNO XLII Roma, 8 Luglio 1935 - XIII Num. 27

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
SCUOLA PRATICA
DI MEDICINA E CHIRURGIA A. MINICH

Sinfisi cardiaca.
Esiti della Operazione di Brauer.

LEZIONE EPICRITICA

del prof. G. JONA, medico primario.

Dopo quasi un anno dall'atto operativo, Vi ripresento la B. Erminia, di anni 35, affetta da sinfisi cardiaca di origine tubercolare, operata dal prof. Forni il 25 giugno 1934. [V. *Policlinico*, Sez. Prat., 1934, n. 41].

Come ricordate, l'ammalata presentatavi prima dell'operazione, era in stato gravissimo: edemi cospicui al tronco ed agli arti, polso vuoto, vene del collo turgide e pulsanti, ascite, fegato debordante tre dita dall'arco costale, stato generale di grave sofferenza, pericolo prossimo per l'esistenza.

La diagnosi fu formulata sopra i segni generali della grave insufficienza di circolo in assenza di lesioni valvolari ed aortiche, sopra alcuni segni diretti, semeiologici e radiologici, della conformazione del cuore e dello stato del mediastino, sul comportamento delle vene del collo e del circolo epato-portale,

Riferii nella lezione precedente i particolari dell'intervento ed il reperto chirurgico che fu in tutto conforme alla diagnosi.

L'intervento fu sopportato assai bene dalla nostra malata la quale ripassò da noi il giorno 13 luglio, e da allora vi rimase degente, debole, ma senza sofferenze, con qualche alternativa nello stato generale e del circolo, ma non mai in condizioni minacciose: essa è da alcuni mesi in continuo, lento progresso. Fra breve, lascierà l'Ospedale.

Vediamo un po' da vicino quali sono i risultati ottenuti.

Dobbiamo distinguere nella nostra malata i due ordini di fatti; quelli di carattere infettivo specifico, che hanno colpito due sierose: pleura sinistra e pericardio, e quelli circolatori, di carattere meccanico, dipendenti dalla sinfisi pericardica e dall'incerto stato miocardico

Il risultato cui mirava l'atto operativo, non riguarda che il 2° punto.

E in questo, il risultato fu buono, direi quasi superiore alle nostre più rosee aspettative.

Analizziamolo:

Dal lato subbiettivo, è cessato il persistente stato di sofferenza della malata, è cessato lo stato di agitazione, l'assoluta insonnia, il senso di tensione epigastrica, l'impossibilità di nutrirsi, l'impossibilità di qualunque movimento.

L'ammalata si presenta ora sempre calma, e mostra una euforia, costante, che è in assoluta opposizione allo stato precedente, e che supera anche le nostre impressioni obbiettive attuali.

Obbiettivamente, i risultati si possono facilmente sintetizzare: cessata la dispnea, scomparsi gli edemi, scomparsa l'ascite, diminuito il fegato fino a ridursi quasi al normale, vene del collo non più turgide, ma del tutto piatte e non pulsanti, diuresi meravigliosamente ricostituita, fino ad oscillare in alcuni periodi, senza alcuna medicazione, tra i 1300 e i 1700 cc., mestruazione, ch'era cessata da molti mesi, riapparsa dal gennaio e ripetutasi regolarmente; possibilità di deambulazione per qualche mezz'ora, senza sofferenza.

Non vi è dubbio che tale stato di cose, così diverso da quello di dieci mesi fa, è succeduto all'atto operativo ed è dovuto ad esso.

Come ha agito la nuova condizione in cui è venuto a trovarsi il cuore?

Il cuore non presenta modificazioni nè nel volume, nè nei toni che furono sempre netti e regolari, ma il ritmo si è notevolmente rallentato: molto lentamente il polso è sceso da 120 fino a 100, e poi ad 80, ed ora oscilla per lo più intorno a questa cifra. La pressione arteriosa è leggermente salita, da 90 a 95 pr. M. e negli ultimi tempi ha toccato i 100 mm.

La superficie cardiaca è allo scoperto per una vasta area ovalare, di 11 1/2 cm. di diametro longitudinale, di 7 cm. di diam. trasverso, e vediamo non più un urto, localizzato o diffuso, ma la rivoluzione tutta intera sottomano, coi suoi accidenti, di tempo, e di sezione dell'organo.

Evidentemente il cuore ha riacquistato la libertà di espandersi e di contrarsi, di assumere quella che Ceradini ha chiamato l'*auxocardia*, e la *meiocardia*, un massimo ed un minimo di volume, alternati, che sono indispensabili al suo buon funzionamento.

Giudicando un po' empiricamente, possiamo dire che è sopratutto l'*auxocardia* che si è ristabilita, poichè era proprio la adiastolia, la nota predominante, coll'estrema tensione delle vene del collo, e la grande tumefazione del fegato, dovute al mancato potere aspirativo della diastole atriale ed oggi scomparse.

La meiocardia dovrebbe riverberarsi in una migliorata attività sistolica. C'è anche questo? Noi dobbiamo ritenere che sì: la pressione arteriosa è aumentata di poco, ma è aumentata, e la diuresi è passata da una media di 300 cc. ad una media assai superiore, ma che però varia assai, a seconda i periodi, talora oscillando intorno ai 7 od 800 cc., talora invece, e per moltissimi giorni consecutivi, superando i 1200 e talora i 1500 cc.

Questo dato è di estrema importanza. Si è col ristabilirsi di una diuresi normale, che si è ristabilito l'equilibrio idrico dei visceri e dei tessuti, che si è prosciugata l'ascite ed i cospicui edemi degli arti inferiori e del tronco.

Sfortunatamente tutto questo non ha grande consistenza.

L'aumento di pressione è lievissimo, l'aumento della diuresi sino alle cifre normali, non arriva mai ad essere definitivo, la resistenza alla fatica si mantiene in limiti meschini, la malata come dissi, si alza, gira un po' per le Sale, ma non senza fatica e per una breve mezz'ora; e dopo alcuni giorni di questo sforzo, deve reintegrarsi con alcuni giorni di letto.

Purtroppo dobbiamo perciò convenire che il potere sistolico di questo cuore ha avuto una assai modesta ripresa, e che ha certamente guadagnato assai meno del potere diastolico.

L'elettrocardiogramma non si è modificato: Vi presento il tracciato recente (v. fig. 1), e se lo confronterete con quello di prima dell'operazione, lo troverete quasi identico: l'onda R è bassa in D' e particolarmente in D'', l'onda T è appena accennata in quasi tutti i cicli in D' ed è mancante in D''.

A questi segni elettrocardiografici, contrapponiamo la regolarità del ritmo, che così prima che dopo l'operazione si è mantenuta perfetta, pur in mezzo ad una *instabilità* della frequenza, che fu specchio costante della debolezza del circolo ed anche della grande sensibilità nervosa della nostra malata.

In questi casi, la regolarità del ritmo si accorderebbe con un giudizio di miocardite degenerativa, secondo Rossi e Chini che hanno studiato l'elettrocardiogramma delle miocarditi ed hanno rilevato il contrasto tra note di esso e il ritmo regolare, attribuendolo a ciò, che le lesioni miocardiche parenchimatose degenerative interessano in grado notevole gli elementi contrattili, e in minor grado gli elementi di conduzione atrio-ventricolare ed intraventricolare che presiedono al ritmo, contrariamente a ciò che avviene nelle forme sclerotiche.

Noi tuttavia dobbiamo pensare che le fitte aderenze pericardiche, per cui il chirurgo dovette praticare una vera decorticazione, non potevano non accompagnarsi ad una compenetrazione di connettivo infiammatorio nel muscolo sottostante, ed ammettiamo perciò un certo grado di sclerosi di esso.

E c'è anche un'altra possibilità a cui pensare. Ricordate che l'esame istologico del pericardio esciso lo dimostrò in preda ad un processo granulomatoso in atto.

Fu questo il solo punto in cui il reperto non corrispose alla nostra diagnosi, che incli-

nava alla forma fibrosa della pericardite adesiva piuttosto che alla forma nodulare.

Questo reperto, che ci indicò un processo tubercolare attivo, nello spessore della grossa lamina aderenziale, ci fa chiedere se non possa alla sua volta il miocardio stesso essere in preda non ad un processo di sola miocardite interstiziale da diffusione, ma ad una vera miocardite nodulare, e cioè ad una vera tubercolosi del miocardio.

Questo è un quesito che direi di impossibile risoluzione.

Pace, nella sua ottima trattazione nel « Trattato della tubercolosi » di Devoto, ha raccolto dalla letteratura alcune forme sotto cui si è manifestata in vita la tubercolosi del miocardio, ora con sindromi accessionali (quali crisi parossistiche di dispnea e cianosi, crisi-dispnoiche e sincopali, sindromi anginose, tachicardia parossistica, asistolia parossistica, sindrome di Adams-Stokes) ora invece con uno stato continuativo di asistolia lentamente progressiva, o di tachicardia continua con tachiaritmia.

Questa varietà di forme (che in parte si dimostrò dovuta, al tavolo anatomico, alla varietà di sede del nodo o dei nodi tubercolari) non ha nulla di caratteristico rispetto alla natura del processo, e quindi è già molto ch'essa possa essere solo che sospettata. Sarebbero di ben lieve argomento ad ammetterla le alternative di comportamento dell'energia cardiaca della nostra ammalata: esse si verificano per lo più senza alcuna causa occasionale precisabile, e sono dimostrate nel modo più evidente dal comportamento della diuresi: questa ha dei periodi anche di 15-20 giorni in cui sale (spontaneamente senza alcuna modificazione del trattamento terapeutico o delle condizioni di vita), intorno ai 1500 cc. e più.

Poi, senza motivi, e spesso con una certa improvvisità, scende intorno al mezzo litro, naturalmente con contemporanei evidenti fatti di depressione circolatoria generale.

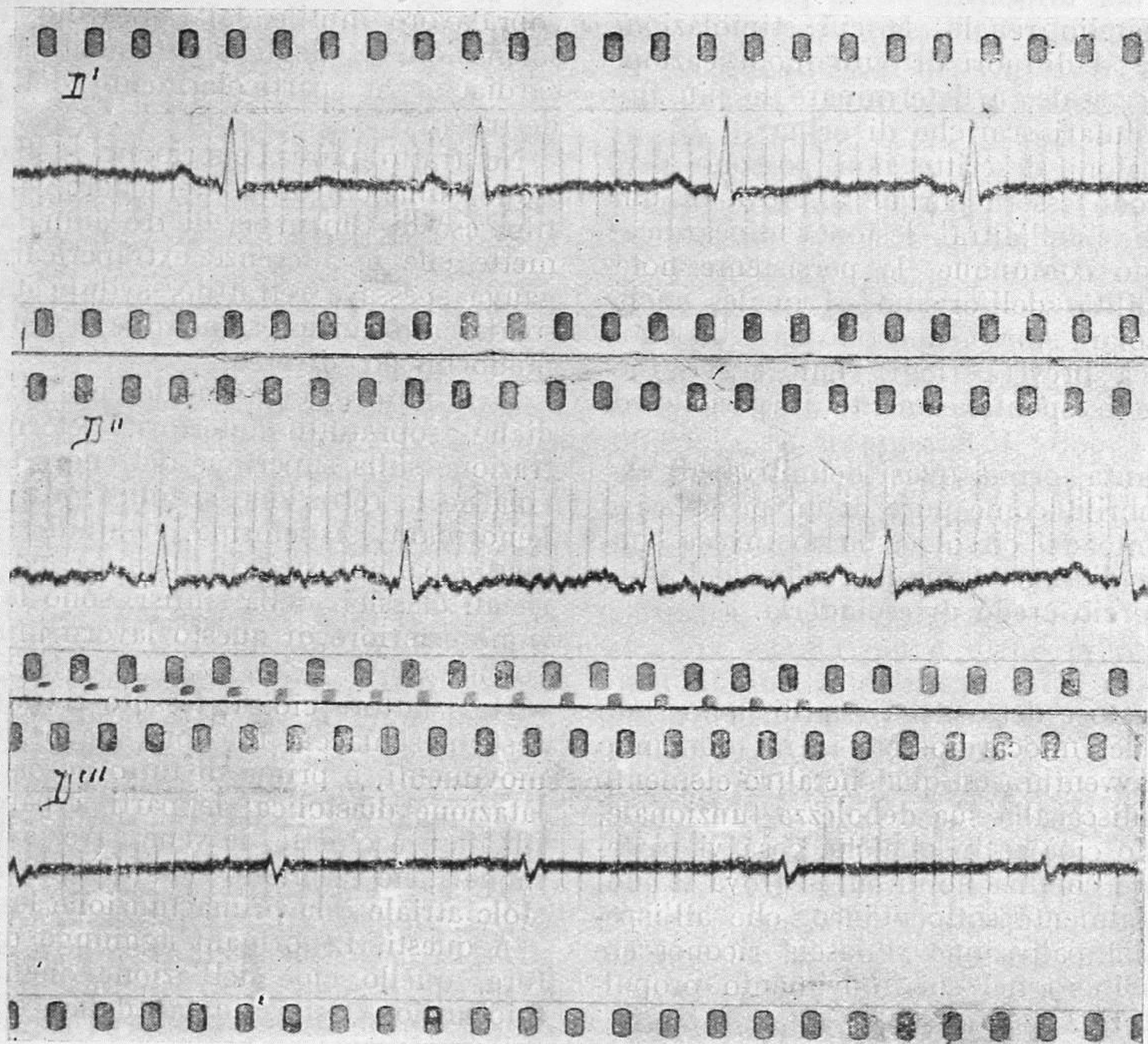


FIG. 1.

Queste modificazioni della diuresi sono del tutto spontanee. Ma concedetemi una parola sulle modificazioni che avvengono coi diuretici.

Questi, in questa nostra malata, ci si mostrano il controllo più squisito della varia potenzialità funzionale dei suoi visceri.

Prima dell'operazione, Vi dissi che i digitalici erano assolutamente inefficaci sulla diuresi, mentre il tachidrolo determinava delle scariche di orina imponenti.

Che cosa avviene ora se in qualche momento troviamo indicazione ai diuretici? Colla digitale riusciamo ad ottenere un passaggio dai

500 ai 1200 cc. o poco più; col tachidrolo, si sale bruscamente da 400 cc. a 2700, 2800 e 3000 cc.

È con ciò evidente che i diuretici cardiaci, che prima dell'operazione avevano un risultato nullo, oggi riescono ad avere un risultato discreto; che i diuretici mercuriali, ad azione esclusivamente renale, avevano prima, e conservano tutt'ora, un'efficacia completa e mirabile.

Cosicchè tali cifre, che si ripetono con notevole costanza, segnano, in modo perfetto, le condizioni migliorate, ma mediocremente migliorate, del miocardio; e la perfetta integrità dell'epitelio renale, la cui stimolazione basta, anche al di fuori di ogni modificazione di pressione vasale, a determinare le più imponenti e salutari scariche di orina.

Le oscillazioni descritte non possono però in alcun modo essere portate a prova di una piuttosto che dell'altra lesione miocardica: rappresentano comunque, la persistente notevole esauribilità dell'organo il quale, anche senza particolare sforzo, non può dare un buon lavoro che a brevi periodi, cui segue inevitabilmente e spontaneamente il periodo di stanchezza.

La mancanza, ormai quasi definitiva, di elevamenti febbrili, come pure di un progressivo peggioramento del circolo, stanno invece contro l'ipotesi di una vera tubercolosi del miocardio, e perciò credo di escluderla.

* * *

Tutto questo è detto nei riguardi dello stato anatomico del miocardio. Ma io mi domando se vi è per avventura un qualche altro elemento che contribuisca alla sua debolezza funzionale, mi domando cioè se in qualche cosa vi partecipi la nuova condizione in cui si trova il cuore, reso totalmente sottocutaneo, che all'ispezione ed alla palpazione si lascia riconoscere totalmente libero nel suo movimento propulsivo e rotatorio.

Sarà tutta in *guadagno* questa vasta liberazione dell'organo, lontano bensì dalle gravi strettoie entro a cui soffocava, ma però lontano anche dalle condizioni fisiologiche di rapporti colla parete osteo-muscolare anteriore, e coi visceri vicini?

Non è facile rispondere.

Nello studio della meccanica del cuore, i fisiologi non si occupano della parte rappresentata e dalle condizioni della loggia in cui il viscere è collocato, entro a cui esso compie i suoi movimenti, e dalla presenza della parete anteriore osteo-muscolare, contro a cui viene a sbattere ad ogni sua sistole.

Per forza di cose, se ne sono occupati i patologi, dapprima a proposito delle aderenze pericardiche, parziali o totali, che inceppano più o meno gravemente la meccanica dell'organo, e poi anche a proposito dei grandi cuori miocarditici che si trovano a disagio nei limiti che erano assegnati ad un cuore originariamente assai più piccolo: nell'un caso e nell'altro si creano condizioni che sono finamente analizzate dalla semeiotica cardiaca, ma assai meno studiate dal lato fisio-patologico.

Il problema fisio-patologico che si connette alla sproporzione tra il volume del cuore e le dimensioni della gabbia toracica, fu studiato da Fischer il quale conclude che, tanto nei cuori imprigionati dalla mediastinite callosa, come nei grossi cuori che si trovano ristretti nella gabbia toracica, per effetto del loro aumentato volume, vi è un difetto di sinergia nel lavoro delle diverse parti dell'organo, un sopralavoro inutile del miocardio, e delle deformazioni e degli spostamenti delle cavità cardiache e particolarmente dell'orecchietta destra.

Ne trattò pure Lenormant, nella sua relazione sulla chirurgia del cuore, al Congresso francese di Chirurgia di tre anni fa. Egli ammette che le aderenze extrapericardiche, e la ganga spessa e retrattile, sviluppatasi a ridosso del miocardio, siano due fattori agenti in modo un po' diverso.

Il 1° fattore, cioè le aderenze extra-pericardiche, sopratutto anteriori, determinano una trazione sulla superficie del cuore tale da ostacolarne la retrazione sistolica; « il cuore, dice Lenormant, si deforma, si affatica a tirare su questa parete osteo-cartilaginea, ed i segni parietali classici, della sinfisi, sono la manifestazione esteriore di questo lavoro inutile ed impotente ».

Il 2° fattore cioè il tessuto retrattile che investe e schiaccia il cuore, ne ostacola tutti i movimenti, e prima di tutto ne ostacola la dilatazione diastolica; le parti a pareti più sottili, le orecchiette, le vene cave, e le vene polmonari, ne risentono i danni maggiori: la diastole atriale è la prima funzione lesa.

A questi, Lenormant aggiunge un terzo fattore, quello cioè dell'azione anemizzante sul miocardio, determinata dalla compressione sui suoi vasi.

E un quarto meccanismo, più complicato, e forse meno importante, fu invocato da Delbet e con lui, da Vaquez, nelle discussioni avvenute sulla relazione di Lenormant.

Essi ricordano che il cuore che si contrae, diminuisce di volume e crea un vuoto nella cavità toracica, che normalmente è colmato dalla linguetta polmonare anteriore che va, durante la sistole, a insinuarsi davanti al cuore, colmando lo spazio cardiotoracico creatosi. Poichè le aderenze della sinfisi non permettono più questo insinuarsi della lingua polmonare, il vuoto creato dalla sistole non è più compensato tanto facilmente, ed il cuore è obbligato ad uno sforzo maggiore per vincere questa causa in più, di resistenza.

Queste nozioni, che dobbiamo a quelli che hanno studiato ed operato la sinfisi, riguardano, tutte, la meccanica del cuore imprigio-

nato, ma nulla dicono delle sofferenze che può derivargli dalla eccessiva libertà, ridatagli dalla operazione.

La loggia, ampia e poco difesa, in cui il cuore viene a trovarsi, lo pone in condizioni ben più difficili di quanto non siano nel *cuore mobile*, o nel *cuore migrante*, o nel *cuore ptosico*, i quali tutti, pure, possono già dare turbe funzionali, (e, secondo Rummo, anche anatomiche), tutt'altro che trascurabili.

Dopo la pericardiectomia le condizioni sarebbero piuttosto paragonabili a quelle di una *toracoschisi;* ma questo che è un fatto teratologico, non ha una storia clinica e perciò non può dar norma per lo stato di cose di cui parlo.

Voglio considerare in particolare, le conseguenze che, dalla mancanza del piastrone osseo, e dalla estrema cedibilità della parete anteriore, derivano all'urto della punta.

Mentre tanti sono gli esperimenti e le ipotesi per spiegare perchè l'urto della punta avvenga, invece poco o nulla si dice degli effetti che derivano da esso.

Si può dire ormai pacifico che l'urto avviene perchè il cuore, nella sistole si fa più piccolo e più grosso, diminuendo i diametri longitudinale e trasverso e aumentando lo antero-posteriore; insieme si fa più duro, e ruota, da sin. verso destra.

Per tutti questi fatti il cuore solleva la parete toracica nel tratto con cui è a contatto, e la solleva, con quelle varie modalità che la semeiotica suole così minutamente illustrare.

E nell'urtare contro di esso, trova nello stesso tempo una resistenza ed un appoggio, e probabilmente una ragione di un'ulteriore validità e durata della sistole.

Mi sembra probabile che questa azione non debba attribuirsi solo a quel breve tratto di punta che viene ad urtare quel breve tratto di parete in 5° od in 4° spazio intercostale ove si constata l'itto, ma bensì a tutta quella estesa superficie ventricolare sinistra che nella sistole viene a toccare il piastrone costosternale.

È probabile che su tutto questo esteso tratto agisca la resistenza parietale sull'organo che la batte.

E mi par probabile ancora che questa azione si esplichi con un aumento del tono, e si determini o per via riflessa, attraverso una via breve dell'innervazione intracardiaca, oppure per azione meccanica diretta, essendo dimostrato sperimentalmente, così sul cuore normale, come su un cuore indebolito da sostanze cardiotossiche, che un'azione meccanica, un leggero shock, che si eserciti sulla parete ventricolare, o sulla punta, ne determina una contrazione la quale può essere anche di lunga durata, perfino tanto da farsi permanente, costituendo un *arresto tonico*.

Credo si accordi con tale concetto la nozione, dovuta a Martius, che l'urto della punta avviene nel tempo di *chiusura* della sistole e precede il tempo di *espulsione*: si direbbe cioè che coll'aumento del tono, che, secondo me, avviene pel fatto stesso dell'urto, il miocardio trova un aumento di energia, per la funzione immediatamente successiva, espulsiva, la quale è poi lo scopo di tutto il lavoro della sistole.

E credo ancora che non contraddica al mio concetto, la considerazione che l'urto della punta può verificarsi *forte* in cuori distesi e iposistolici, mentre può esser *debole* in cuori ipertrofici, eusistolici.

Penso infatti (a prescindere da altri elementi che si potrebbero invocare come risposta a una tale obbiezione) che la *componente* di energia, utile a determinare l'aumento del tono, non è quella che si manifesta colla esteriorità dell'urto, e che si apprezza alla vista e al tatto, e che è in funzione del *cedimento* della parete urtata, ma penso che la *componente* utile è quella che la parete urtata trattiene, e trasforma e restituisce in qualche modo al corpo urtato.

Certo è che questo elemento che io son andato considerando non fu creduto fino ad ora degno di rilievo, anzi vi è chi, come Quérvain, a proposito di due suoi operati considera inutile, o dannoso ogni tentativo di autoplastica, anche fibrosa od adiposa, e chi come Lenormant si dichiara esplicitamente favorevole alla resezione costale *extra-periostea*, nel timore che quella *sotto-periostea* sia seguita più o meno precocemente da una rifabbrica dell'osso, affermando che in alcuni casi (caso di Arnaud, caso di Küttner) la riproduzione ossea aveva finito coll'annullare i risultati dell'operazione.

Ma se considero ciò che avviene nella nostra ammalata, mi pare che un qualche dubbio sia lecito avanzare intorno a questo punto.

Nella nostra ammalata, la scopertura del cuore è su un'area ovalare di cm. 11 ½ 7.

L'opera del chirurgo fu assolutamente corretta, e non eccessiva, rispetto ai concetti oggi dominanti. Lenormant dice che la scopertura deve comprendere almeno quattro archi costali (3° al 6° o 4° al 7°) e che per ogni arco, la resezione deve estendersi da 8 a 10 cm. dalla estremità sternale.

Nell'ammalata non v'è traccia di riproduzione ossea, perchè, per le ragioni dette, la resezione costale non fu, volutamente, sottoperiostea.

Da quando essa ripassò nella nostra Divisione, la regione cardiaca scoperta venne protetta da un adatto cuscinetto, di sufficiente consistenza e resistenza.

L'ammalata vi si adattò poco per volta ed ora le è divenuto indispensabile: il toglierlo le provoca l'immediato senso di lipotimia, come il rimetterlo le dà tosto senso di sollievo e di assestamento interno.

Obbiettivamente, abbiamo rilevato più volte

che togliendo il cuscinetto, il polso si fa immediatamente più molle, talora vuoto sino a rendersi non più palpabile.

Allo sfigmomanometro la differenza apparisce piccola: da 95 M. e 75 m., col cuscinetto, passa ad 88 e 70 senza cuscinetto.

I valori oscillometrici al Pachon, son sempre bassi, ma considerate l'oscillogramma della omerale, ottenuto col poligrafo di Boulitte (figura 2): esso corrisponde a un periodo di 14 secondi; dal 5° all'11° secondo, il cuscinetto applicato al cuore della paziente, veniva sollevato; vedete la diminuzione notevole dell'ampiezza di oscillazione rispondente a quel tratto. A condizioni dell'arteria affatto immutate, tale diminuzione non può non esser posta a carico di una diminuita energia cardiaca.

L'elettrocardiogramma non diede differenze apprezzabili.

Di fronte a questi risultati, lungamente seguiti nella nostra malata, di fronte alla dimostrazione che la parte dell'intervento veramente e sommamente efficace fu la liberazione della regione atriale e dei grossi vasi, mi domando se non sia da prospettare, per casi analoghi al mio, la possibilità, non dico di una economia dell'intervento limitandolo alla parte superiore, ma piuttosto di un ritorno alla resezione sottoperiostea della parte inferiore del campo operatorio, in modo da rendere possibile una qualche spontanea ricostruzione di parete resistente, contro cui la punta venga ad urtare.

* * *

Abbiamo considerato l'esito dell'intervento nei riguardi della funzione cardiaca.

E nei riguardi dell'affezione fondamentale di cui fu ed è affetta la nostra malata?

Essa era una polisierositica specifica, a sede pericardica e pleurica di sinistra.

Il frammento di pericardio esciso, ha mostrato un processo attivo.

Riguardo al pericardio e al miocardio, in questi dieci mesi trascorsi dopo l'intervento, nulla è mai sopravvenuto, come Vi dissi, che possa farci ammettere un risveglio o una acutizzazione di processo.

Nella pleura sinistra, che era stata sede primitiva di una pleurite fibrinosa, poco dopo rientrata nella nostra Divisione, a un mese dall'atto operativo, si costituì un versamento che fu vuotato una prima volta il 27 luglio, e poi altre quattro volte, estraendo da 800 a 1100 cc. di un liquido a p. sp. 1014 a 1018, con Rivalta sempre positivo.

Dopo l'ultima toracentesi, del 24 ottobre, il liquido non si è più riprodotto, e da allora la apiressia è quasi completa poichè la temperatura, costante sotto i 37, non ha che qualche rarissima punta vespertina che non sorpassa i 37,3.

Cosicchè la polisierosite della nostra malata può oggi considerarsi clinicamente guarita; è possibile che il grave intervento abbia dato occasione subito dopo, alla riacutizzazione della pregressa pleurite sinistra, ma è altrettanto vero che esso non impedì che tale riacutizzazione sia stata benigna, e che tutto il processo siasi poi ridotto a un completo, e speriamo definitivo, silenzio.

Dal che resta confermato che la natura tubercolare di una sinfisi del pericardio, non costituisce contro-indicazione all'intervento chirurgico.

* * *

Credo che da quanto udiste, e dal confronto che Voi stessi potete fare tra ciò ch'era l'ammalata un anno fa e ciò ch'è oggi, concluderete che il caso nostro appartiene a quelli ad esito fortunato, in quanto l'opera del chirurgo non solo strappò l'ammalata da una prossima sicura fine, ma anche la tolse ad una condizione di gravi sofferenze continuative: le diede uno stato di euforia e di sufficienza cardiaca, misurate però ad un minimo di lavoro, che per ora non abbiamo fondata speranza possa rendersi più elevato.

Da quanto Vi dissi nella precedente lezione, ricorderete che sui più che 100 casi raccolti dalla letteratura medica e chirurgica, sono affatto eccezionali quelli che diedero un risultato più brillante, e concessero il ritorno dell'operato ad una vita di lavoro.

Ma anche senza ciò, il prolungare di anni un'esistenza e sottrarla alle sofferenze, rientra nei fini più nobili della nostra arte, rientra nei suoi doveri, quando l'indicazione è precisa.

Per l'avvenire, una diagnosi e un intervento ancora più precoce, forse ulteriori revisioni nelle tecniche dell'intervento, può darsi che assicurino risultati anche migliori. Quanto già si può ottenere, quanto si è ottenuto anche nel caso nostro, incoraggia a battere questa via.

Maggio, 1935.

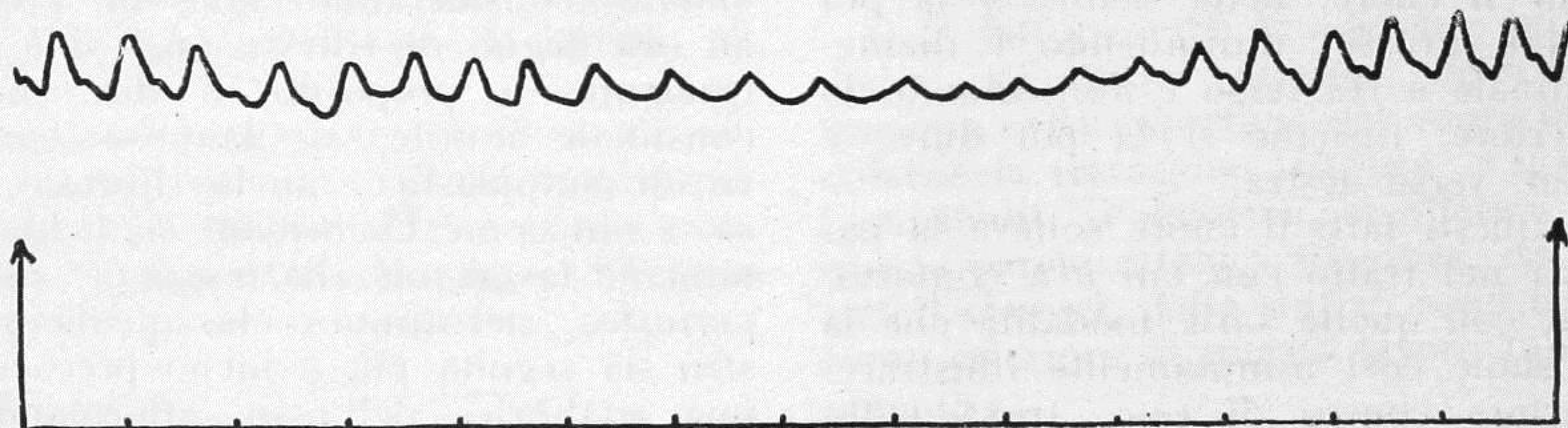


FIG. 2.

LAVORI ORIGINALI

Clinica Prof. S. Gavazzeni - Bergamo

Il comportamento della motilità gastrica nella frenicoexeresi sinistra.

Prof. Mauro Gavazzeni.

Uno studio diretto ad indagare il comportamento della motilità gastrica nei soggetti con frenicoexeresi sinistra si presenta particolarmente interessante da più punti di vista.

Innanzi tutto data l'esistenza della sindrome di Roemheld, nella quale ai fenomeni cardio-polmonari, spesso molto marcati e talora clamorosi si associano disturbi e fenomeni a carico dello stomaco. Le descrizioni casistiche in proposito sono abbastanza numerose, quantunque, naturalmente, il quadro clinico sia per lo più dominato particolarmente dai fenomeni cardiaci e polmonari: ed a questi venne portata maggior attenzione.

Secondo Roemheld l'insorgenza della sindrome è legata però allo stomaco; dove si avrebbe la formazione più o meno abbondante di gas, con relativa raccolta al di sotto dell'emidiaframma sinistro e spostamento del cuore: i controlli radiologici di Roemheld avrebbero confermato l'esistenza di bolla gastrica molto evidente, specie dopo i pasti, in particolare se abbondanti.

Anche da Bermuth venne riscontrata la insorgenza delle crisi in coincidenza con pasti copiosi; nel caso di Jurcev all'esame radiologico venne notato accentuazione della bolla gastrica.

La possibilità di disturbi gastrici più o meno manifesti e marcati dopo frenicoexeresi venne pure ricordata da Welles, Maendel (*Rif. Med.*, 1935); e in tutte le descrizioni casistiche di sindrome di Roemheld riferite da Steinmayer, Alexander, Parade, Hecht si ebbe fenomenologia gastrica abbastanza evidente (nausea, eruttazioni, vomito, ecc.). Per quanto riguarda l'interpretazione del fenomeno si è dai più pensato trattarsi di fenomeni legati a dispepsia gastrica — la cui frequenza nei tubercolosi è, d'altra parte, molto marcata —, oppure legati a turbe dell'equilibrio vagosimpatico.

Un altro punto interessante in proposito è quello che si ricollega alle ricerche recenti di Joannides concernenti l'influenza che il diaframma esercita sull'esofago e sullo stomaco.

Tale A. con ricerche radiologiche sull'uomo, eseguite in particolari condizioni di esperimento avrebbe notato che ad ogni ispirazione si ha una costrizione in corrispondenza del cardias e ad ogni espirazione un rilasciamento del cardias stesso; non solo, ma che ad ogni espirazione tien dietro nello stomaco l'inizio di un'onda peristaltica, la quale dalla parte alta dello stomaco, e precisamente dalla porzione che viene a contatto con il diaframma, si va diffondendo verso la regione pilorica.

Tutto questo avrebbe riscontro in quanto venne rilevato da Danielopolu mediante la viscerografia gastrica. Con tale metodo di indagine Danielopolu ha riscontrato come sia possibile indurre e provocare in uno stomaco con mobilità scarsa una serie di contrazioni molto valide e ravvicinate, qualora al soggetto in esame vengano fatte eseguire in breve tempo numerose e profonde espirazioni; naturalmente è necessario che il tono delle pareti dello stomaco sia ancora conservato.

Dall'insieme di queste osservazioni e ricerche risulta evidente l'importanza che il diaframma — l'emidiaframma sinistro in specie — verrebbe ad espletare sulla funzionalità dello stomaco.

Di qui l'idea di una indagine diretta allo studio della motilità gastrica nella frenicoexeresi sinistra. Quale metodo di indagine ho scelto quello viscerografico, sui cui dettagli si rimanda alla monografia di Danielopolu e a precedenti note personali in proposito. A questo venne associata la gastrotonovolumetria (misurazione della quantità di aria introducibile nello stomaco) pure ricordata in precedenti note personali. Per quanto riguarda la viscerografia ci si limita a riferire come essa consista nella registrazione su chimografo per mezzo di una capsula di Marey dei movimenti che lo stomaco imprime ad un palloncino di gomma, che viene riempito di aria, dopo essere stato introdotto nello stomaco e posto in comunicazione con la capsula.

Per brevità vengono omesse le grafiche concernenti eseguite, data la loro uniformità costante e i dati relativi alla gastrotonovolumetria.

I casi (inviatimi con somma cortesia da un Collega) presi in esame furono sette, tutti sottoposti a frenicoexeresi sinistra: in due casi l'indagine venne eseguita una volta anche prima dell'intervento chirurgico; tutti vennero esaminati a breve distanza di tempo dalla frenicoexeresi e dopo un certo periodo di tempo.

In tutti i soggetti presi in esame e in tutte le indagini eseguite si è avuto modo di riscontrare sempre che la motilità gastrica è e si mantiene notevolmente ridotta, quale viene dato di riscontrare, d'altra parte, con molta

frequenza in soggetti gastropazienti. Nei due casi in cui è stato possibile eseguire la prova prima della frenicoexeresi si è notato in ambedue una accentuazione dell'ipocinesi gastrica e una riduzione di un certo grado del tono gastrico.

Il fenomeno più appariscente però fu il riscontro della mancata contrattilità dello stomaco successiva ad una serie di in-espirazioni frequenti e forzate, colle quali è possibile nei soggetti normali ottenere una stimolazione della cinesi gastrica ed un aumento della motilità. Da notarsi al riguardo che in tutti i pazienti esisteva una ipotonia notevole.

Dall'insieme di questi reperti è lecito il dedurre che in soggetti sottoposti a frenicoexeresi sinistra è possibile, data la riduzione del tono e della cinesi gastrica e forse data la minore attività contrattile in corrispondenza del cardias, l'istituirsi di raccolte di gas nello stomaco, che, associate ai disturbi secretivi ostacolano i processi digestivi e che possono in alcuni casi, raggiungendo proporzioni rilevanti, indurre o facilitare l'istituirsi di quadri quali quelli descritti sotto il nome di sindrome di Roemheld. Ed in tal modo si viene in certo qual modo a portare un'indiretta conferma alle vedute di Roemheld stesso e ai rilievi — più sopra ricordati — di Joannides e di Danielopolu circa l'influenza che il diaframma esercita sulla funzionalità meccanica dello stomaco.

RIASSUNTO.

L'A. in soggetti sottoposti a frenicoexeresi sinistra ha riscontrato col metodo viscerografico una riduzione del tono e della cinesi dello stomaco, sui cui rapporti di funzionalità con il diaframma si sofferma a discutere.

BIBLIOGRAFIA.

ALEXANDER. Zeit f. Tuberk, 36, 325, 1922.
DANIELOPOLU. Die viscerographysche Methode.
DELMAS-CABANAC. Presse Méd., n. 34, 1934.
GAVAZZENI. Clin. Med. Ital., 1934, fasc. 8 e 9.
ID. Arch. Mal. App. Dig., 1935.
JOANNIDES. Arch. Int. Med., 44, 856, 1933.
JURGER. Riv. Pat. e Clin. d. Tbc., 6, 320, 1932.
HECHT. Beit. z. Klin. d. Tuberk., 70, 336, 1929.
PORADE. Zent. f. g. Tuberculoseforch, 30, 667, 1929.
ROCHMELD. Munch. Med. Woch., 75, 1872, 1928.
STEINMAYER. Cit. da JURGER.

La **RIVISTA DI MALARIOLOGIA** raccoglie copiosi contributi scientifici e pratici e rispecchia i progressi realizzati in tutti i Paesi dalle nostre conoscenze sulla malaria. È diretta dal prof. G. SANARELLI. Abbonamento annuo: per l'Italia L. **50**, per l'Estero L. **90**; ai nostri abbonati L. **45** e L. **85**.

Rivolgersi all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA (106).

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI
DI S. MARIA MADDALENA IN VOLTERRA
Chirurgo Direttore Prof. ANGELO MIROLLI

Contributo alla rachi-anestesia

per il dott. MARIO BENVENUTI, assistente

Per il chirurgo è sempre stato problema di primo interesse il ridurre al minimo il dolore causato dall'atto operatorio, a tale scopo infinita è la serie dei metodi usati dai più antichi ai più perfezionati di oggi giorno.

Nel 1856 la narcosi per inalazione segnava un gran passo innanzi nel campo chirurgico. Però i pericoli della narcosi generale coll'etere e più ancora col cloroformio spinsero i chirurghi alla ricerca di nuovi metodi di anestesia come quella locale e regionale, tronculare ecc. Il patrimonio chirurgico si arricchisce in fine di un nuovo metodo di anestesia che resiste alla critica ed entra nell'uso comune venendo a scuotere fortemente l'incontrastato dominio della cloro ed etero-narcosi. È la rachi-anestesia. E a tale proposito mi sembra opportuno riferire quello che il Leriche affermava nel 1924 alla Società di Chirurgia: « La R. A. guadagna terreno di giorno in giorno, essa è l'anestesia delle nuove generazioni chirurgiche, ciò che ne garantisce certamente l'avvenire ». Il Quincke si può considerare l'antesignano dell'anestesia rachidea. Egli nel 1881 con una sottile ago-cannula osò penetrare nella parte più bassa dello speco vertebrale onde ridurre l'iperpressione del liquido cerebro spinale. Conosciuta questa via per cui si poteva penetrare facilmente ed impunemente nella colonna vertebrale, il neuropatologo americano Leonard Corning nel 1885 v'introdusse per primo della cocaina a scopo anestetico.

Mossot dimostrava intanto che l'applicazione di un anestetico sui nervi dava luogo ad una insensibilità temporanea di essi, senza che si osservasse nella loro struttura anatomica alcuna modificazione.

Bisogna però risalire al 1898 per vedere applicato questo metodo alle necessità operatorie per opera del Bier che, traducendo in pratica le suddette ricerche, dimostrò come iniettando un centimetro cubico di soluzione di cocaina all'1 % si poteva avere l'anestesia del corpo umano e sotto l'azione dell'anestetico si potevano eseguire operazioni chirurgiche.

Nel 1901 il Tuffier ha già operato più di 400 casi in R. A. Da allora questa alla portata di ogni operatore, entra nella pratica chirurgica.

Klien intanto stabilisce che il punto in cui è più facile penetrare con un ago nello speco vertebrale è lo spazio fra il 3° e 4° corpo lombare; Henle che dalla prima lombare in basso non v'è alcun pericolo di ledere il midollo. Oltre un trentennio di quotidiana esperienza da parte di valorosi chirurghi sembrerebbe avesse dovuto portare ad un giudizio unanime e definitivo, mentre invece i più opposti pareri si contendono il campo.

In America il sistema dell'anestesia rachidiana non ha molti seguaci. Sappiamo da Forgue che Stanton riferisce che il 60 % dei chirurghi americani, interrogati a proposito, risposero di non poter usare la R. A. Così nella clinica Mayo di Rochester, il centro chirurgico più attivo del mondo, si ricorre alla R. A. solo nel 2-3 % degli interventi. D'altra parte a Nouvelle Orleans è molto in credito e Gaffagnino vi ha ricorso in 7322 casi. Sembra però che negli Stati Uniti il metodo stia prendendo una grande diffusione specie per opera del Pitkin, valoroso anestetista americano.

In Austria, Germania, Inghilterra, Svezia, Svizzera, Danimarca dalla maggioranza dei chirurghi generici la R. A. non è usata in forte percentuale per quanto non manchi chi, riconoscendole dei pregi indiscussi, la utilizzi con vantaggio o addirittura con entusiasmo. In tutte queste regioni è l'etere che in massima linea tiene il primato quale analgesico. Anche in queste regioni, come ovunque, gli urologi, i ginecologi, gli ostetrici si servono di essa con ottimi risultati in una media che sorpassa di frequente il 50 % degli interventi. La Rumenia segue l'indirizzo di Jonnesco, il più ardito rachianestesista, che non esita ad introdurre cocaina nello speco vertebrale per interventi sulla testa, collo, arti superiori. Nella Francia, nel Belgio, nella Spagna, a lato di numerosi e valenti sostenitori del metodo se ne contano altrettanti di pari valore che si oppongono energicamente.

Sembra però in complesso che si intensifichi lo studio della R.A. sia dal lato clinico che fisiologico, che sempre più numerosa e compatta si faccia la schiera dei fautori e che venga a mancare quell'assoluta opposizione che negava all'anestesia lombare perfino il pregio di essere indispensabile, sia pure in una piccola percentuale di casi.

I chirurghi italiani furono, come sempre, fra i primi ad attuare questa innovazione nel campo dell'anestesia e al principio del 900 si levarono le prime lodi al metodo con casistiche che non potevano contare che qualche centinaio d'interventi. Ma prima o poi ogni chirurgo ebbe a lamentare qualche inconveniente o qualche caso disgraziato, si impressionò di questo, tanto più che mancando la pratica personale e collaterale non si poteva giudicare con esattezza dei rischi a cui si andava in contro, e nel dubbio e nell'incertezza non si fece più fautore del metodo. Così al primitivo entusiasmo, dopo una pratica troppo modesta o assolutamente a priori, seguiva un periodo di critiche acerbe quasi ancora si fosse sotto l'incubo delle parole del Corning, l'ideatore stesso del metodo: « Io non sono un chirurgo, ma, come neurologo, io tremo per il midollo spinale ». Ma la tecnica della R. A. si perfezionò sempre più, a prodotti anestetici di notevole tossicità se ne sostituirono altri molto più innocui e che in dose minore ottenevano delle anestesie perfette. Si vide inoltre che i fatti che avevano impressionato in un primo momento non erano che complicazioni relativamente rare, di poca entità, di effetto transitorio, e così l'analgesia radicolare, che presentava degli indiscussi vantaggi, risalì in auge, guadagnando credito ed adesione.

Non mancano tutt'oggi dei grandi e tenaci oppositori quali il Giordano di Venezia ed il Taddei di Firenze.

Uno fra i più grandi e sperimentati fautori lo troviamo nell'Alessandri di Roma che ha sempre sostenuto i pregi e gli ottimi resultati della R. A. alla quale ricorre nel 59 % dei casi. Per citare qualcuno degli allievi dell'Alessandri che si è occupato dell'argomento, ricorderò il Ranucci che così conclude un suo lavoro: « Risulta quanto siano lievi e fugaci le lesioni che l'anestetico spinale arreca all'organismo ed in ispecial modo al fegato ed al rene con molto minor pericolo per l'infermo della narcosi generale ».

Il Valdoni riporta 500 R. A. colla tutocaina ed esamina le cause che inducono a consigliarne l'uso a preferenza non solo dell'anestesia generale, ma anche di quella locale e di quella degli splacnici.

Anche il Di Pace si dichiara sempre a favore della R. A.

Il Donati ha continuato ad usare l'anestesia lombare nel 10 % circa dei suoi interventi fino dal 1922.

Nell'Istituto di Patologia Chirurgica di Torino diretto dall'Uffedruzzi il Biancalana ci rassicura sui temuti pericoli pei centri bulbari; il Dogliotti riesce a lateralizzare non solo, ma a limitare notevolmente, direi quasi a volontà l'estensione del territorio di anestesia.

Nella Clinica di Sassari l'analgesia lombare è largamente applicata e giustamente apprez-

zata come lo documenta l'alta proporzione del 50 % di R.A. a cui si eleva il direttore Dominici.

Così pure il Tusini ricorre alla R. A. nella metà dei suoi interventi operatori. Il suo assistente Barco così si esprime: « Siamo partigiani convinti entro certi limiti della R. A. Noi crediamo di poter ammettere che, dato il modo come ci ha corrisposto, la R. A. sia un ottimo mezzo anestetizzante. E ciò non deve essere inteso nel senso di ripiego, ricorrendovi esclusivamente quando condizioni particolari impediscano l'uso dell'anestesia generale, quantunque anche ciò costituisca un vantaggio non trascurabile. Infatti p. con lesioni epatiche o cardiache o renali nei quali è sconsigliabile l'uso della narcosi generale sopportano benissimo senza alcun risentimento nè operatorio nè postoperatorio la R. A.; noi crediamo di poter ammettere che la R. A. mentre elimina gli inconvenienti della narcosi generale, ne assume gli stessi pregi, il tutto ben inteso dentro certi limiti ».

Il Beccari c'informa che nella Clinica Chirurgica di Firenze l'anestesia rachidiana è in uso fin dal 1908-909. Da detta epoca su un totale di 12485 anestesie furono praticate 4060 R. A. il che rappresenta il 23,52 %. « Concludendo, egli dice, tenuti presenti i reali benefici che la R. A. offre al malato e al chirurgo, mi sembra che sia da consigliarne l'uso nei limiti e con le indicazioni poste, perchè presenta assai meno pericoli degli altri metodi di anestesia, perchè ha scarse controindicazioni, perchè espone gli ammalati ad un assai minor numero di accidenti post-operatorî, perchè assicura una perfetta anestesia, perchè è assai semplice e relativamente facile ».

Anche il Solieri è partigiano della R. A. e, come risulta dallo studio di Marchini suo assistente, non esita a ricorrere a questa di frequente e con la massima fiducia nei suoi interventi.

Il Babini, aiuto dell'Ortali direttore dell'ospedale di Ravenna, riferisce su 1000 atti operatori eseguiti in R. A. L'unico caso disgraziato della sua statistica è un caso di morte per paralisi bulbare. Egli però afferma che « chi si accinge ad usare la R. A. non deve arrestarsi davanti al primo insuccesso ed anche davanti ad un disgraziatissimo caso di morte. Nessuno dei nostri metodi di anestesia è scevro di pericoli, di incidenti gravissimi ed anche mortali; indubbiamente però, e la testimonianza di chirurghi di tutto il mondo lo affermano in modo assoluto, in infiniti casi l'anestesia lombare ha rappresentato un progresso ed ha permesso l'esecuzione ed il buon esito di atti operatori che sotto altra forma non avrebbero potuto esser compiuti ».

Il Cernezzi ha personalmente praticato oltre 4000 R. A. nello spazio di quasi 25 anni senza aver a lamentare alcun caso di morte attribuibile al metodo nè disturbi di notevole intensità e durata e tanto meno definitivi.

All'ospedale di Belluno il direttore Pieri non teme di raccomandare l'anestesia radicolare come metodo di scelta. In un totale di 5228 operazioni compiute dal 1923 al 1927, 2343 e cioè il 44,8 % le eseguì in R. A. Non ha mai avuto casi di morte nè complicazioni lontane.

Caccia e Pennisi degli Ospedali Riuniti di Roma già nel 1910 pubblicarono una fra le più numerose casistiche di R. A., quasi 5000 interventi eseguiti con tale metodo, scuotendo fortemente la riluttanza ed il timore degli oppositori: L'anestesia lombare è stata in quell'ospedale oggetto di studi e di apprezzamenti da parte di molti autori.

Anche il Giannettasio fu uno fra i più convinti sostenitori della R. A. e per primo infatti la introdusse nell'ospedale di Ravenna sostenendone la bontà con una serie di 343 casi, ed il Mosti allora suo assistente nell'Ospedale Vespucci di Firenze, asserisce che la R. A può essere usata con sicurezza non solo quando la cloro ed eteronarcosi sono controindicate, ma anche là dove preesistono lesioni nefritiche perchè la sua azione sui reni è nulla o di tenuissima entità.

Il Licini, direttore dell'ospedale di Ortona a Mare, così si esprime nei riguardi della R. A.: « In base alle mie esperienze ritengo che l'anestesia spinale è un allettevole mezzo di anestesia e che certamente, e nella modifica, e nella ricerca di mezzi più efficaci e meno tossici stà il consolidamento dell'uso di questo metodo ».

Il Cipriani, direttore dell'Infermeria Presidiaria di Aquila, asserisce che la R. A. non deve essere nè bandita nè ridotta ai minimi termini come vorrebbero alcuni, e che essa anzi deve tenere il campo per la sua efficacia e per la sua innocuità sui reni e sul fegato.

Recentemente l'Antonioli afferma che la R. A. è un mezzo preziosissimo nelle mani del chirurgo, dotato di notevoli vantaggi rispetto alle altre forme di anestesia.

I giudizi e gli apprezzamenti dei vari chirurghi italiani da me citati ritengo possano bastare a darci un orientamento di sufficiente garanzia sul conto in cui è tenuta l'anestesia lombare sia nelle grandi cliniche, sia negli ospedali piccoli.

Motivi di diffidenza verso la R. A.

Come allora possiamo renderci conto del fatto che molti operatori diffidano della R. A. e non vi ricorrono che in casi eccezionali, e che qualcuno dopo una larga pratica di questo metodo ha voluto far ritorno all'anestesia per inalazione? Esaminiamo le ragioni di questo fatto a prima vista inspiegabile: È logica la tendenza degli operatori a sistematizzare il metodo di anestesia; ora l'eteronarcosi è attuabile in un numero maggiore di casi che non l'iniezione lombare, a meno che non ci si voglia spingere agli acrobatismi di Jonnesco che non segna alcun limite topografico alla R. A. Dato quindi che questa anestesia eterea dà dei buoni resultati ed è la sola di cui si possa disporre in molti interventi, non fa meraviglia che il chirurgo sia portato a ricorrervi anche quando potrebbe eseguire con miglior effetto la R. A. Inoltre si è un pò esagerato nel numero delle contro-indicazioni, tanto da mettere in imbarazzo l'operatore che le prendesse tutte in esame. Così riferendoci alla contro-indicazione su cui convengono all'unanimità i rachianestesisti, e cioè di non praticare la puntura lombare nei ragazzi al di sotto dei 15 anni, nella clinica Pediatrica di Bukarest sono state praticate 653 R. A. in bambini dai 4 ai 16 anni con resultati davvero soddisfacenti, senza nessun incidente mortale, tanto che l'autore si sente in diritto di affermare che la R. A. nei bambini dai 4 ai 16 anni non presenta pericoli apprezzabili ed è preferibile alla narcosi per inalazione. Così per noi la lue non ci è sembrato rappresentare una contro-indicazione assoluta come ritengono in genere gli autori ed abbiamo effettuato la R. A. nei sifilitici senza alcun resultato dannoso.

Più ancora la R. A. è sorta da pochi anni quando già era in mano del chirurgo un metodo di anestesia a cui egli era fortemente attaccato perchè non esisteva che questo e soddisfaceva alle richieste per la sufficiente sicurezza e semplicità. Ciascuno ama continuare nel sistema che ha imparato dal maestro, che ha veduto eseguire ed eseguito tante volte e di cui conosce perfettamente l'effetto. Egli certo rischierà quando vorrà da esso scostarsi per adottare un metodo per lui del tutto nuovo e che gli richiederà fatica nell'acquistarne debita pratica: Certa pro incerta cernuntur.

Anche la tecnica può influire nella scelta dell'anestesia: ora la tecnica della R. A. non presenta grandi difficoltà, ma è certo più complicata che non quella dell'eteronarcosi, tanto più che dalla precisione ed esattezza con cui si eseguisce dipendono in parte i resultati.

Ma il motivo principale per cui l'analgesia radicolare non ha incontrato il favore di molti credo debba esser ricercato nel fatto che questa provoca degli accidenti bulbari che spaventano il chirurgo per il timore della morte sul tavolo operatorio con la responsabilità di cui s'incolpa l'operatore in questi terribili eventi. L'insuccesso, le complicazioni più temibili, o la catastrofe nei p. in cui abbiamo praticata la puntura lombare si rilevano subito dopo l'introduzione dell'anestetico, durante l'atto operatorio stesso. E non può esservi dubbio che questi incidenti siano in istretta dipendenza della R. A. Il contrario invece avviene con l'eteronarcosi in cui le complicazioni (es. bronco-polmonari) si hanno a distanza di tempo dall'intervento e lasciano più facilmente in dubbio se debbano attribuirsi all'azione nociva dell'etere o ad altro motivo. Secondo Forgue e Basset il 60 % delle morti negli operati con R. A. avvengono durante l'operazione, il 25 % nelle 24 ore seguenti, per accidenti cardiaci, sincope bulbare, paralisi respiratoria, turbe progressive del circolo e della respirazione. Talora il chirurgo deve rimproverare sè stesso o per errori nella tecnica, o nella quantità o qualità dell'anestetico; talaltra invece la catastrofe avviene in modo del tutto imprevedibile forse per una particolare sensibilità del soggetto alla cocaina. Le circostanze sono le più terribili per il chirurgo: Sul tavolo operatorio, per un intervento che può essere di non grave entità, senza che egli abbia potuto in alcun modo prevederlo, in pochi istanti deve assistere al quadro impressionante della morte, senza poter nè diminuire, nè neutralizzare la sostanza tossica iniettata. E per quanto talora non possa esser fatta alcuna accusa all'operatore, non v'è altra anestesia in cui la responsabilità del chirurgo sia apparentemente più diretta: Infatti egli ha eseguito un metodo che non gode l'unanime favore, a cui anzi guardano con diffidenza specie i profani che l'hanno sentito accusare di favolose sciagure.

Si comprende così come per uno o due casi di morte in simili contingenze degli operatori quali Guinard, Delrez, Alglave, Chavannaz ed altri ancora abbiano abbandonato la R. A. dopo averla eseguita per molti anni.

« Ci sono inoltre, così scrive il Cernezzi, degli apriorismi teorici profondamente radicati nell'animo di molti chirurghi, quale l'invincibile ripugnanza ad influire comunque sulla funzionalità del midollo spinale a scopo anestetico. E giacchè anche inconsciamente il chirurgo esercita un grande potere di suggestione sui propri operandi, capita il fatto apparente-

mente paradossale di sentire che tutte le ammalate di un ginecologo del valore del Faure gli richiedono di esser operate in narcosi, mentre i malati del Richard, Chalier, ecc. con altrettanta fiducia e convinzione manifestano la loro preferenza per l'anestesia spinale. Vi sono così degli ambienti ospitalieri nei quali la tradizione è ormai favorevole e tale da disporre volentieri alla R. A. ed altri in cui si vuole dai malati la consolante tranquillità del sonno anestetico; perchè quello che sembra desiderio spontaneo di malati non è altro che il resultato della dominante opinione personale dei diversi operatori ».

Un altro motivo di preferenza per la narcosi inalatoria è la percentuale di mortalità apparentemente più bassa a cui si va incontro con questo metodo. Riferendoci alla monografia di Forgue e Basset, la più completa a tale proposito, rileviamo che questi AA. hanno potuto raccogliere varie statistiche fino a raggiungere l'ingente cifra di 222,467 casi di R. A. con 16 morti in conseguenza di questa, ossia con una mortalità di 0,076 %.

Sempre a proposito di mortalità globale con la R. A. Weifel su un complesso di 58.000 casi trova una mortalità del 0,06 %; anche Ollendorff riscontra una mortalità del 0,06 % su 28,210 casi, ed identica percentuale è riportata da Strauss su 83,698 R. A.

Nel complesso delle varie statistiche dei chirurghi italiani che io ho citato la mortalità per R. A. si abbassa al di sotto dello 0,02 % (Non ho i dati per comprendere in questa somma le R. A. eseguite dall'Alessandri, Donati, Uffreduzzi). Infatti su un totale di 21,498 R. A. solo in 4 casi la morte fu attribuita all'iniezione anestetizzante: (Caccia e Pennisi 1 caso di morte su 5000 R. A., Beccari 2 su 4000, Cernezzi 0/4000, Pieri 0/2343, Cipriani, Licini, Mosti, Valdoni 0/1336, Solieri 0/1095, Babini 1/1000, Barca 0/1000, Benedeschi 0/924, Antonioli 0/400, Benvenuti 0/400). La percentuale di 0,02 è forse più alta di quella a cui gli AA. suppongono si vada incontro con la narcosi per inalazione, per quanto con tale metodo si abbiano delle casistiche che diversificano in modo impressionante: Così Babcok ha un caso di morte su 500, Maio un caso di morte su 60.000. A parte il fatto che non è soltanto la percentualità di morte che ci fa preferire un metodo piuttosto che un altro, nel nostro caso poi chi considerasse le cifre in sè e per sè verrebbe a conclusioni completamente errate. Sarebbe di grande interesse poter stabilire un sicuro raffronto fra i vari metodi, ma per il giudizio non può servirci la percentuale di mortalità che sottoposta a particolari considerazioni. I casi di morte per R. A. non possono sfuggire al chirurgo avvenendo o durante l'intervento o a breve distanza da questo. Per la narcosi eterea sono le complicazioni tardive quelle che portano a morte il p. ed è sempre cosa non facile a stabilirsi se esse siano dovute all'etere o ad altra causa; ond'è che molti casi di morte possono non figurare nelle casistiche. Si comprende così come Von Brunn e Strauss siano portati a dire che attualmente è impossibile stabilire una statistica generale esatta e farsi sulla R. A. un'opinione ferma, basata su dei dati indiscutibili; e come Forgue e Basset affermino che attualmente sarebbe del tutto vano stabilire un paragone qualunque fra la mortalità della R. A. e quella delle anestesie generali.

Inoltre una percentuale più alta di mortalità nella R. A. è spiegata anche dal fatto che non pochi ricorrono a questa soltanto nei casi in cui la gravità delle condizioni dell'operando non permettono di sopportare una etero-narcosi. Essi riconoscono in tal modo che questo metodo arreca minori danni. In simili condizioni la percentuale di mortalità è certo notevole, ma non è lecito per questo levare accuse contro la R. A. in confronto all'eteronarcosi.

RACHI-ANESTESIE ESEGUITE NEL NOSTRO OSPEDALE.

Non si sono sottoposti a R. A. i p. inferiori ai 15 anni di età. Presentandosi la necessità non esiteremmo ad eseguire la puntura lombare convinti con Marian, Caccia, Rocher, Gray che per sè sola l'età infantile non costituisce una vera e propria contro indicazione. Non è per noi esistito alcun limite massimo di età, decidendo caso per caso l'anestesia da usarsi. Negli interventi al di sopra del diaframma non siamo mai ricorsi alla R. A.

Abbiamo tenuto presenti le contro-indicazioni suggerite dai vari autori per l'anestesia spinale: Così l'ipotensione a qualsiasi causa dovuta, come pure l'ipertensione e l'arteriosclerosi, le affezioni del sistema nervoso centrale, le infezioni generali, gli stati di shock, di iperazotemia, di anemia acuta. Non è da credere però che queste e tutte le altre contro-indicazioni che via via i vari AA. hanno formulato siano state osservate in modo assoluto e senza discernimento. Così ci è sembrato talora opportuno usare la R. A. in arteriosclerotici, in chi aveva vizi di cuore, in nefritici, in individui con lesioni polmonari, in a. di miocardite ed endocardite, negli anemici e cachettici, nei sifilitici ecc., senza che mai si sia avuta la convinzione di aver apportato con la analgesia endorachidea un danno che avrem-

mo potuto evitare se si fosse ricorsi ad un genere diverso di anestesia.

Abbiamo costantemente usato quale anestetico il Paurachiol Molteni; nel determinare la dose sempre abbiamo tenuto presente l'a. nel suo peso, età, condizioni generali, intervento da sopportare.

Per la tecnica nell'esecuzione ci siamo uniformati alle regole dettate da Leriche. Come giustamente osserva il Cernezzi, « quello che sovrattutto influisce sul buon andamento di una R. A. è il saper formarsi una sufficiente esperienza e con lo stesso anestetico, e alla stessa concentrazione. Solo col tempo e con mezzi sempre eguali si acquista la possibilità di avere anestesie sicure, sufficienti e dell'intensità e della durata che si desiderano ». I casi in cui si ricorse alla R. A. furono i seguenti: Ernie 150, apparato genito-urinario 84, appendiciti 80, ano, perineo e retto 28, arti 26, stomaco ed intestino 18, cistifellea e fegato 8, pareti addominali 6. (Totale 400).

Qualche rara volta in cui non si riusciva (specie nei grassi e negli emotivi) col solito metodo a penetrare nel sacco durale, abbiamo spinto l'ago ad un centimetro dalla vertebrale verso la linea mediana riuscendo così a sormontare sempre ogni difficoltà.

Altra evenienza a cui ci siamo trovati di fronte negli individui a tipo eretistico, negli emotivi o comunque fortemente impressionati, è stata quella di sentir lamentare il p. per un dolore del tutto immaginario, o per lo meno facilmente sopportabile. È duopo allora rassicurare e convincere il p. che il dolore con questo metodo è abolito malgrado la sua perfetta conoscenza, magari stordirlo con una piccola quantità di etere, ma risparmiargli tutte le conseguenze di una narcosi per inalazione.

Quanto alla durata dell'anestesia, all'intensità, all'estensione, in genere ha corrisposto alle nostre richieste in modo perfetto, il che non esclude che qualche volta negli ultimi tempi dell'intervento sia venuta a mancare l'azione anestetica specialmente se questo si è protratto più a lungo di quanto non fosse prevedibile.

Durante l'atto operatorio si sono verificati in una buona percentuale di p. qualcuno di quei fatti in dipendenza diretta o indiretta dell'azione dell'anestetico sui centri bulbari che complessivamente vanno sotto il nome di « orage del 20° minuto ». Così irrequietezza, sudore freddo, pallore, prostrazione generale, sonnolenza, angoscia, senso di costrizione toracica, difficoltà nella respirazione, vomito, polso piccolo e frequente. In un solo caso questi fenomeni si sono presentati in modo imponente (mentre ancora si stava disinfettando il campo operatorio) sotto forma di collasso della durata di 15-20 minuti primi, che ci ha impressionati non poco e costretti a rimandare l'intervento. Quanto ai disturbi a distanza dall'atto operatorio, mai nella nostra pratica ci è occorso di vedere complicazioni bronco-polmonari imputabili alla R. A. Questa per noi rappresenta il mezzo più sicuro per mettersi al riparo dalle complicazioni polmonari. Quando esse si sono verificate, sempre ci siamo trovati di fronte a p. nei quali, sia per pusillanimità, sia per una particolare resistenza alla R. A., abbiamo dovuto ricorrere anche alla etero-narcosi che noi pratichiamo da sola quando non sia attuabile l'analgesia rachidiana. Del resto non si saprebbe come spiegare l'influenza diretta della R. A. sulle complicazioni bronco-polmonari, complicazioni invece che possono verificarsi nell'anestesia per inalazione, sia per l'influenza deleteria che l'etere o il cloroformio esercitano direttamente sulla mucosa delle vie respiratorie, sia per le polmoniti ab ingestis.

Quello che ho detto per le complicazioni sulle vie respiratorie si potrebbe ripetere anche per il rene e per il fegato. Per noi le complicazioni post-operatorie su questi organi non vengono nè provocate nè aggravate nel loro decorso dall'anestesia lombare.

Quanto alla ritenzione o incontinenza di feci o di orine, meteorismo addominale, elevazioni termiche, gangrene cutanee ed altre complicazioni da alcuni AA. imputate alla R. A., nei rarissimi casi in cui qualcuna si è verificata, sono state soltanto la sede topografica e le altre contingenze dell'atto operatorio che hanno avuto la loro influenza, non il genere di anestesia.

I disturbi invece che ci sembra logico mettere a carico della R. A. sono la cefalea, la rachialgia (talora con sintomi di meningismo), il vomito, le paralisi e paresi transitorie degli arti inferiori.

Un leggero grado di cefalea, qualche dolore vagante al rachide, nausea e conati di vomito l'abbiamo notato non raramente nei rachianestetizzati, ma si è trattato di disturbi di breve durata e di lieve entità. Solo in una giovane operata per ectasia della vena femorale dell'arto sinistro si verificarono delle complicazioni di notevole gravità. Furono iniettati circa 2 cc. di Paurachiol (cioè 10 ctgr. di novocaina con ctgr. 0.02 di adrenalina) con le solite norme di tecnica. L'intervento fu di facile esecuzione e di breve durata; la ferita operatoria si chiuse per prima in pochissimo tempo. Durante l'atto chi-

rurgico l'a. ebbe nausea e conati di vomito, smania e malessere generale, ma senza nessun fatto di particolare interesse. Dopo tale intervento la temperatura ascese a circa 38° e su questa altezza si mantenne per una diecina di giorni; i due arti inferiori non riacquistarono la loro motilità e sensibilità che a distanza di 4 giorni il destro, di 12 il sinistro; comparve cefalea, dolore al rachide, rigidità della nuca e di tutta la colonna vertebrale, vomito incoercibile. La cefalea e la rachialgia costrinsero l'a. a tenere il letto per oltre un mese evitando i movimenti e specie la posizione verticale. Solo alla distanza di una sessantina di giorni dall'intervento l'a. si poteva dire completamente rimessa nelle condizioni fisiche senza alcun postumo. La giovane asserisce presentemente di non aver più risentito alcun danno.

CONCLUSIONI.

La R. A. limitata agli interventi sotto-diaframmatici arreca dei grandi vantaggi sia all'operando che all'operatore; il chirurgo non dovrebbe nutrire per essa delle antipatie infondate, nè rigettarla a priori.

Le contro-indicazioni debbono esser sempre presenti alla mente dell'operatore; egli però è il solo giudice di esatta competenza nel decidere caso per caso sul valore di una data contro-indicazione.

Il danno che si apporta all'organismo coll'anestesia midollare è più limitato che con coll'etero-narcosi, e se si potesse tener esatto conto di molte complicazioni che avvengono a distanza di tempo dall'operazione, causate o favorite dall'influenza deleteria che l'etere apporta specialmente sui polmoni, fegato e reni, io credo che la R. A. guadagnerebbe molto nel confronto con la narcosi per inalazione.

Con la R. A. abbiamo la possibilità di ottenere in un tempo brevissimo un assoluto riposo addominale con riduzione delle anse intestinali e un completo rilasciamento dei muscoli quale si ha soltanto nel periodo in cui la narcosi è profonda. È così possibile eseguire manovre lunghe e delicate anche in organi addominali profondi e suture perfette in ambiente calmo e tranquillo senza la preoccupazione della scrupolosa sorveglianza dell'operando. L'a. ci dice egli stesso le sue sofferenze, può darci utili indicazioni, eseguire movimenti opportuni. Negli ospedali piccoli com'è il nostro, v'è anche il grande vantaggio di non esser costretti ad immobilizzare un assistente che spesso non abbiamo a disposizione per affidargli soltanto l'etere e la maschera.

Esistono dei rischi, delle complicazioni gravi specialmente durante l'atto operatorio, molto appariscenti e di grande responsabilità per il chirurgo; ma per fortuna sono estremamente rare ed in percentuale non superiore a quelle che si verificano coll'anestesia da inalazione.

Secondo la nostra esperienza tutte le volte che la puntura lombare è riuscita bene tecnicamente anche i disturbi sono stati assenti. In quei casi in cui talora per inevitabili complicanze tecniche la R. A. ha presentato delle difficoltà, ivi si sono verificate le complicazioni che talora, ma in rarissimi casi, hanno assunto un andamento drammatico. Io credo che talvolta sia imputabile al chirurgo ogni e qualsiasi incidente veramente grave che si verifichi in seguito alla R. A. Essa va proporzionata all'ammalato, alla durata dell'intervento, alla propria abilità operatoria. Solo con una perfetta esecuzione tecnica eviteremo inconvenienti piccoli e grandi che anzichè essere imputabili al metodo vanno talora messi a carico esclusivamente dell'esecutore. Gli anestetici oggi in uso sono molti e sarebbe difficile giudicare attraverso la letteratura quale abbia dato migliori resultati; ci sembra buona regola l'adoperare sempre lo stesso anestetico onde acquistarne una pratica sicura. La tecnica della R. A. si è perfezionata sempre più; ad anestetici di grande tossicità sono stati sostituiti altri più innocui e che in dose minore procurano delle perfette anestesie. È fondata la speranza che in un domani si possa limitare il danno ad una interruzione funzionale e momentanea di quella parte di midollo spinale da cui dipende la sensibilità della regione su cui si deve intervenire. « La R. A., ha affermato il grande Leriche, guadagna terreno di giorno in giorno; essa è l'anestesia di elezione delle giovani generazioni chirurgiche, ciò che ne garantisce certamente l'avvenire ».

RIASSUNTO.

L'A. accenna alla diffusione che il metodo della R. A. ha raggiunto in Europa ed in America e si intrattiene a dimostrare il credito che questo metodo gode nelle cliniche e negli ospedali d'Italia, riportando il giudizio di molti e valorosi chirurghi italiani. Parla dei motivi per cui tutt'oggi alcuni AA. continuano a diffidare della R. A., e della percentuale di mortalità solo apparentemente più alta a cui si va incontro con questo sistema in confronto alla narcosi per inalazione. Riferisce inoltre

i resultati di 400 analgesie endorachidee praticate nell'ospedale di Volterra e conclude che, dati i grandi vantaggi che la R. A. può apportare in molti interventi sia all'operando che all'operatore se usata con la debita tecnica e dentro certi limiti, i chirurghi non dovrebbero nutrire per essa antipatie infondate, nè rigettarla a priori.

BIBLIOGRAFIA.

Alessandri. Comunic. al X Congr. della Soc. Inter. di Chir., Bruxelles, 1908.
Babini. L'Osped. Magg., 1934.
Balzano. Med. prat., Napoli, 1924.
Barco. Minerva Med., 1926.
Beccari. Il Policl., 1933.
Benvenuti. Rass. di studi psic., 1935.
Biancalana. Arch. ital. di chir., 1929 e 930.
Id. Arch. per le scienze med., 1930 e 1931.
Id. Miner. med., 1931.
Bier. Deut. Zeit. f. Chir., 1899.
Broglio. Arch. it. di chir., 1926.
Cernezzi. Arch. it. di chir., 1926.
Id. Gazz. degli osped. e delle clin., 1929.
Ceccarelli. Ann. it. di chir., 1925.
Ciaprini. Il Policl., 1923.
Coen. Ann. di ost. e ginec., 1927.
Corning. Med. Journ., New York, 1885.
De Meo. Rass. di ostet. e ginec., 1927.
Di Pace Riforma med., 1920 e 1922.
Id. Il Policl., 1922 e 1923.
Dogliotti. Minerva med., 1931.
Doguing. Presse méd., 1927.
Forgue e Basset. Ed. Masson, 1930.
Jonnesco. Ed. Masson, 1919.
Leriche. Pres. méd., 1928.
Licini. Il Policl., 1923.
Marchini. Soc. med.-chir. della Romagna, 1924.
Marian. Zbl. f. Chir., 1932.
Massotti. Il Policl., 1925.
Mosti. Gazz. degli osped. e delle clin., 1914.
Nogara. Gazz. med. Lomb., 1932.
Ortali. Gazz. degli osped. e delle clin., 1901 e 1909.
Id. Med. nuova, 1912.
Palma. Il Policl., 1922.
Id. Rass. di clin. e ter., 1923.
Id. Soc. Nap. di chir., 1925.
Paitre. Soc. de Chir. de Lyon, 1924.
Pensa. Riv. ital. di ginec., 1927.
Pieri. Il Policl., 1927.
Ranucci. Il Policl., 1927.
Santy. Lyon méd., 1921.
Id. Lyon chir., 1921.
Satta. Ann. di med. nav., 1920.
Taddei. Gazz. di med. e chir., 1911.
Tuffier. La Presse méd., 1900.
Id. Masson, 1901.
Valdoni. Il Policl., 1926.
Vallebona. Ann. it. di chir., 1928.
Id. Il Policl., 1926.
Varvaro. Il Policl., 1926.
Wright. Sour. Lancet Miennap, 1918.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Napoli
Direttore: Sen. Prof. G. Pascale.
Ospedale dei Pellegrini di Napoli.
Direttore: Prof. N. Longo.

Sodoku. Possibilità di reinfezione

per il dott. Carlo Mastrosimone, assistente.

La febbre da morso di topo, chiamata in Giappone Sodoku (So = topo) presso di noi è un'infezione molto rara, e prima del magistrale lavoro del Frugoni, pubblicato in Riforma medica nel 1911, non era ancora stata descritta in Italia. Senonchè dopo l'importante pubblicazione di questo A., mano a mano se ne son venuti segnalando e descrivendo diversi casi ed anche la nostra letteratura si è venuta, per conseguenza, arricchendo al riguardo tanto da poter fino ad oggi numerarne poco meno del centinaio. Comunicazioni e studi interessanti al riguardo sono stati fatti da molti nostri AA. (Fasiani, Martinotti, Gatti, De Vecchi, Baffis, Lucatelli, Neirotti, Ingaramo, Perides, Burbi, Savagnone, ecc.) massimamente in questi ultimi anni.

È fuori dubbio che questa infezione sia trasmessa all'uomo dal topo, e più dal decumanus che dal rattus o dall'alexandrinus, ma sono stati descritti anche casi per morsi di gatti, scoiattoli, e finanche di cani come nei pazienti di Ripley. Bisogna riconoscere però, che questa malattia diffusa nei paesi Orientali (Giappone, Cina, India, Malesia; meno diffusa in Africa ed in America) presso di noi è addirittura eccezionale e sfugge facilmente alla diagnosi. Infatti l'infezione già conosciuta pare in India da tempo, per la prima volta fu da Wilcox e Watson nel 1840 descritta in Giappone e come una violenta sindrome febbrile da morso di topo che solo nel 1916 Futaki e la sua scuola (Osumi, Taniguchi e Takaki) potevano inquadrare scoprendone l'agente etiologico rappresentato da una spirocheta, priva di membrana ondulante, corta, mobilissima, che molti altri autori invece (Castellani) classificano tra i treponemi. Anche Dick, Tunnicliff, Schottmüller, Blake ed altri isolarono dal sangue degli infetti da sodoku una spirocheta venendo così a confermare gli studi dei precedenti AA.

Per quanto riguarda la diffusione Ripley e Van Sant ritengono però che in America come in Europa l'infezione è più frequente di

quello che generalmente si crede specie nelle località di commercio marittimo o che stanno in relazione e traffici con l'Oriente. Benchè la malattia sia di una estrema benignità dopo l'avvento in terapia dei preparati arsenobenzolici preconizzati da Hata, prodotti i quali hanno portata la mortalità dal 10 % descritta da Miyake nel 1899 a un per mille minimo al presente, pure il quadro della malattia è abbastanza complesso per cui ogni contributo è indubbiamente utile, tanto più se, come in questo che vado a descrivere, dà adito a considerazioni di un certo rilievo.

Nel mio turno di servizio all'ambulatorio Chirurgico dell'Ospedale dei Pellegrini ho potuto rilevare il caso che faccio oggetto della nota presente:

Addì 3 settembre 1934 si presenta alla mia osservazione tal Antonio Costantini di Eugenio e di Rosa Martano di anni 23 scapolo, panettiere, da Napoli il quale mi mostra una piccola ferita lacero-contusa alla regione latero-interna della falangetta del medio sinistro, profonda ai muscoli. Il paziente mi racconta che sei giorni prima si era presentato al nostro Ospedale per farsi medicare la stessa ferita essendo stato alcune notti antecedenti alla prima medicatura morsicato mentre dormiva su di un pagliericcio steso a terra nel terraneo del forno dove lavora da un grosso topo. Avendo avuto altre volte di questi infortuni più che per il suo stesso mestiere, per la maniera di vita, non ne aveva fatto gran caso; senonchè il vivo dolore locale, la febbre elevata, la comparsa di macchie di color roseo diffuse per il corpo, molto pruriginose, e più di tutto delle tumefazioni nella regione ascellare sinistra e all'inguine dello stesso lato che non aveva mai avvertito altre volte, lo avevano spinto a ritornare nel nostro Ospedale. Mi racconta ancora che un'altra volta e propriamente circa un anno prima nella primavera del 1933, mentre prendeva delle legna nello stesso locale era stato anche morsicato da un topo al dorso della mano destra ed aveva avuto per molti giorni febbre alta e durante la febbre delle macchie cutanee di colorito roseo inducenti, come queste ultime, forte prurito, che scomparivano col calar della febbre, e riapparivano quando la febbre ritornava, febbre e macchie che dopo qualche mese, senza l'intervento di medici o di medicinali, pare siano scomparse. Nell'anamnesi familiare di questo ammalato risulta: padre e madre viventi e sani, un fratello e una sorella in buona salute, un'altra sorella morta qualche anno fa, all'età di 18 anni, per malattia che non sà precisare. La madre pare non abbia avuto aborti. Nell'anamnesi personale il paziente non ricorda di aver sofferto altre malattie, se non, molto piccolo, il morbillo. Nega malattie veneree e la lue. Stato attuale: aspetto generale piuttosto deperito, colorito della pelle e delle mucose, al momento dell'osservazione, pallido. Sistema muscolare flaccido, pannicolo adiposo scarso. La pelle si solleva facilmente in piccole pieghe. Sistema osseo regolare. Nulla a carico dell'apparato respiratorio. Apparato digerente: appetito scarso, rilevante sete, lingua impatinata, evacuazioni irregolari. L'addome è trattabile: il fegato si palpa leggermente alle profonde inspirazioni, indolente alla palpazione. La milza, poco dolente alla palpazione, deborda di oltre un dito trasverso al disotto dell'arcata costale, sull'ascellare posteriore. A carico dell'apparato urinario nulla. Apparato circolatorio: polso frequente, ritmico. Temperatura elevata 38°,5. Cuore sano. Sistema nervoso: riflessi tendinei e cutanei normali. Note rilevanti si riscontrano però nell'apparato ghiandolare linfatico. Alla palpazione nel cavo ascellare sinistro, si rilevano noduli ghiandolari tumefatti, molto dolenti alla pressione, mobili, e ancora più rilevanti nella regione inguinale dello stesso lato, dove si possano addirittura palpare delle tumefazioni della grandezza di una piccola avellana. L'intensità di questo dolore è caratteristico per cui l'ammalato ha paura di stringere il braccio contro il torace o sedersi a cosce chiuse. Nella regione latero-cervicale destra e sinistra come al cavo ascellare destro ed all'inguine dello stesso lato, le ghiandole sono lievemente percettibili. All'esame obbiettivo della regione falangettea del medio sinistro si rileva: una piccola soluzione di continuo non più grande di una lente (mezzo centimetro quadrato) a margini contusi, di colorito molto più intenso del tessuto circostante, tendente al rosso bruno, di consistenza ispessita, secca, non segregante, dolentissima alla pressione. Il fondo si intravede piatto, asciutto, non poltiglioso nè lardaceo. I tessuti intorno si mostrano infiltrati, anch'essi ispessiti, dolenti, ma non in modo da non permettere la flessione della falangetta sulla falangina e di questa sulla falange. Detergo la lesione con acqua ossigenata e vi lascio cadere qualche goccia di tintura di iodo, medico con un lieve strato di vaselina allo xeroformio, ed applico sulla regione ascellare ed inguinale sinistra dell'unguento all'ittiolo, mentre consiglio al paziente riposo e qualche carta di antipirina e fenacetina per la febbre. Prelevo intanto pungendo il polpastrello dell'indice sinistro del sangue e raccolgo l'urina del paziente per esaminarla. Questi esami, come quelli istologici che vado a descrivere, vengono fatti da me nell'Istituto della R. Clinica Chirurgica.

Pur pensando subito per l'eziologia così caratteristica a un'infezione da sodoku, credo opportuno rimandar di qualche giorno la cura ormai classica per ovvie ragioni, non ultima quella della estrema rarità della infezione presso di noi, della forse già sofferta infezione da morso di topo dell'infermo, come da quanto mi ha riferito alla meglio il paziente, si può pensare; ed in fine per non aver ancora nessun reperto ematologico. Pur non sperando molto da quest'ultimo reperto, nè da altri esami, essendo rarissimo poter riuscire a scoprire la spirocheta come hanno detto molti, fra cui accuratamente il Fasiani, il quale tra moltissimi esami tentati, solamente con l'inoculazione del sangue dell'ammalata nel peritoneo di otto cavie, potè ritrovare, pare, spirochete in una sola di esse, credo opportuno attendere. Senonchè dopo due giorni essendo ritornato l'infermo all'ambulatorio febbricitante (39°,2), con chiare eruzioni cutanee, caratterizzate massimamente da papule piane, di color roseo pallido, di varia grandezza, raggruppate in special modo alla regione interna degli arti superiori ed inferiori, al collo ed alla faccia, mi decido a fare un'iniezione intramuscolare di arsenobenzolo, mentre asporto un piccolo pezzo di tessuto della lesione per esaminarlo isto-

logicamente. Nella terza medicatura avvenuta dopo altri due giorni, perdurando la febbre, che, a dire dell'infermo scende solo un poco all'alba, ed il dolore all'ascella sinistra dove le linfoghiandole si mantengono stazionariamente tumefatte, aspiro da una vena del braccio del sangue per farne vari esami. L'esame del sangue per la reazione Wassermann risulta negativo, mentre gli strisci non lasciano apprezzare parassiti di sorta. La formula leucocitaria in un primo esame dà risultati per una rilevante mononucleosi; infatti essa denota: leucociti polinucleati neutrofili 52, eosinofili 1, basofili 0, mononucleati grandi 16, linfociti 27, forme di passaggio 4. L'esame dell'urina, pur avendo peso specifico basso, non ha alcunchè di notevole.

Intanto il paziente comincia ad accusare dolori anche alle articolazioni, spiccate mialgie specie alla coscia ed al braccio sinistro, ed una profonda astenia. Pratico una seconda iniezione di 0,30 di neosalvarsan per via endovenosa ed applico sulla lesione del dito che non dà secrezione (vera lesione arida) pur avendola traumatizzata per l'escissione del pezzo biopsico, una soluzione di arsenobenzolo e glicerina che applico anche alla regione ascellare ed inguinale sinistra. Nella quarta medicatura dopo 2 giorni altra iniezione di arsenobenzolo endomuscolare e solito trattamento della lesione. Finalmente alla quinta medicatura che faccio dopo 3 giorni il paziente mi dice di sentirsi un po' meglio e che la febbre non è più così alta. Infatti le linfoghiandole sottoascellari ed inguinale sinistre sono molto diminuite di volume e non così dolorose, mentre la lesione locale lascia intravedere qualche piccola granulazione nella incipiente secrezione. Prelevo altro sangue per ulteriori esami e devo notare che mentre la Wassermann persiste negativa la formula leucocitaria dà: Leucociti polinucleati neutrofili 55, eosinofili 2, basofili 0, mononucleati grandi 14, linfociti 26, forme di passaggio 3. Inietto ancora endovena un'altra fiala di neosalvarsan (0,60) in modo che il mio paziente ha avuto 4 iniezioni di cui due endovenose e due endomuscolari in nove giorni. Lo faccio ritornare dopo tre giorni per riprendere il suo turno, ma devo constatare questa volta che le alterazioni ghiandolari sono quasi scomparse, non presenta più eruzioni cutanee, mentre la temperatura è ritornata normale nel giorno antecedente. Ritengo opportuno sospendere le iniezioni di arsenobenzolo e medico la sola lesione del dito che va rapidamente migliorando. Senonchè il 21 settembre, e propriamente dopo 2 giorni dall'ultima medicatura, il paziente mi riferisce di avere avuto la sera antecedente nuovo accesso febbrile pur senza esantema per cui ritengo necessario praticare ancora un'altra iniezione di neosalvarsan (0,75) endovenosa. Dopo quest'ultima iniezione, nelle medicature successive, il paziente non ha accusato nessun disturbo, la linfoadenite ascellare ed inguinale si è ridotta, la febbre non è più comparsa, nè le eruzioni cutanee, e la lesione al dito è guarita. Il paziente, che ho rivisto nel febbraio scorso, dopo cinque mesi, appare completamente ristabilito.

* * *

Il caso esposto mi dà la possibilità di fare alcune considerazioni:

Il quadro diagnostico classico del sodoku, è senza dubbio, rappresentato dal morso di topo, dalla febbre a tipo ricorrente, dalle manifestazioni cutanee, e dalla scomparsa rapida dei sintomi dopo trattamento di preparati spirillicidi, senonchè questo quadro subisce alcune variazioni nelle descrizioni di quelli che si sono occupati dell'argomento sia in rapporto ai sintomi (mancanza di esantema, febbre continua, scarsa alterazione locale) (Perides) che in rapporto alla cura (l'infezione lasciata a sè stessa, purchè lieve, va mano mano col tempo spontaneamente a guarigione) (Savagnone). Nel nostro ammalato pare che in primo tempo e cioè nella primavera del 1933, quando fu morsicato al dorso della mano destra, si fosse determinata una infezione febbrile con eruzioni cutanee in relazione alla febbre stessa. Stando ai fatti narratici, dopo alcune settimane e senza alcuna cura quest'infezione regredì e scomparve, non dandogli, fino al presente, nessun fastidio. Questo racconto è pressochè il quadro della infezione da sodoku per cui la malattia caduta sotto la nostra osservazione potrebbe ritenersi o come la continuazione della preesistente assopita ma non scomparsa, o piuttosto come una vera reinfezione. In questo caso si spiegherebbe la più importante manifestazione dei sintomi in rapporto con la prima infezione quali l'adenite imponente alla regione ascellare e inguinale sinistra, l'acuto dolore alla lesione ed ai muscoli, il risentimento articolare. Pur non volendo pensare a una evenienza tanto rara presso di noi da non essere stata ancora descritta, e perchè da me non constatata direttamente se pur desunta dal racconto del paziente, credo doveroso però ritornare su di un dato della formula leucocitaria che mostra un indice di somma importanza nel nostro caso e cioè una rilevante mononucleosi. Questa mononucleosi specie per quanto riguarda i grandi mononucleari, potrebbe rappresentare l'esito di una pregressa alterazione morfologica degli elementi corpuscolari del sangue in seguito ad una reinfezione (nel caso presente da sodoku) e come si nota (Naegeli) in alcune malattie tropicali, e, come non è raro riscontrare, anche nella reinfezione malarica. In tutti i modi credo opportuno richiamare l'attenzione su questi dati che altri potrebbero meglio sviluppare e chiarire.

Per la terapia ho preferito i preparati arsenobenzolici raccomandati dalla maggior parte degli AA., ma intensamente somministrati (5 iniezioni in 16 giorni di cura) sia per iniezioni endomuscolari che endovenose, ed inoltre tanto sulla lesione che sulle regioni ghiandolari ho applicato una soluzione glicerinata

di arsenobenzolo, ricoprendo le regioni stesse con guttaperca laminata per evitare l'assorbimento da parte della garza protettiva, mentre ne veniva influenzato l'assorbimento stesso, da parte della cute. Questa medicatura mi ha dato ottimi risultati, poichè in una alle iniezioni ha contribuito a far regredire in pochi giorni l'infezione con le sue manifestazioni massimamente ghiandolari.

Infine, a completamento delle ricerche inerenti al mio caso, mi piace descrivere istologicamente lo stato della lesione al dito medio sinistro dove si produsse il morso dell'animale, lesione che si presentava come ho detto con dolore vivissimo specie alla pressione e con una ferita asciutta a carattere di vera aridità, molto caratteristica e che mi indusse a procedere a una biopsia per un eventuale esame di un certa rilievo. Prelevato il pezzo, lavato per qualche minuto è stato passato nella serie degli alcool a concentrazione crescente. Indi chiarificato in xiloro se ne è fatta l'inclusione in paraffina e si è preceduto a tagli sezionali che si sono infine colorati con l'ordinaria doppia colorazione di emallume-eosina. Il pezzo è stato orientato per gli esami istologici in guisa da comprendere sia la superficie cutanea limitrofa alla lesione che i tessuti sottostanti. Seguendo con l'osservazione questa superficie epidermoidale si nota che essa a un certo punto si arresta, ed in detta sede affiorano gli strati epidermoidali sottostanti. L'epidermide alla quale abbiamo accennato, non ha alterazioni degne di rilievo, presenta solo un maggior spessore nei suoi strati cellulari, specie in corrispondenza degli strati papillari e fa notare inoltre aumentato notevolmente lo strato corneo che si presenta in alcune zone molto spesso, limitato dal lato dermoidale da un evidente strato di cellule granulose (vedi fig. 1).



FIG. 1.

Dove si arresta questa epidermide affiorano gli strati connettivali sottostanti, i quali hanno tutto le note di un processo necrobiotico, ed un poco più distalmente, di una reazione infiammatoria pur non eccessivamente spiccata. Il derma ha note di un processo infiammatorio a tipo fibroblastico con scarsi vasellini sanguigni di nuova formazione. Il derma stesso si dispone in guisa da limitare degli spazi in cui si trovano delle zolle di tessuto grassoso molto evidente, nei quali il grasso nelle manipolazioni della microtecnica, si è disciolto.

Nella zona invece di tessuto connettivo fibrillare oltre ai vasi ai quali abbiamo accennato sono evidentissime numerose formazioni che sia per la loro morfologia che per i caratteri tintoriali, dobbiamo interpretare come « corpuscoli del Pacini » i quali hanno però una disposizione un poco dissimile da quella che normalmente è stata riscontrata dagli isto-

logi, e cioè che quasi si circondano con una capsula che lascia dei vuoti fra detto corpuscolo e la capsula stessa: e qualche volta anche in questa capsula, a circondare i corpuscoli, si rinviene una ghiera linfocitaria (vedi fig. 2).

Questi numerosi corpuscoli di Pacini, molti dei quali ho l'impressione che siano non corpuscoli preesistenti ma forse neoformati, spiegano un dato clinico di grande rilievo riscontrato nel nostro ammalato e cioè la grande dolentia della lesione. Trattandosi di un primo caso occorso alla nostra osservazione, non sono stato preparato ad includere il pezzetto biopsico in liquidi speciali che avessero permesso di mettere in rilievo tronchi nervosi in continuazione con i corpuscoli di Pacini testè descritti. Le note infiammatorie nel nostro preparato potrebbe anche spiegare per la loro scarsa neoproduzione dei vasellini e per il poco rilevante tessuto fibrillare, il carattere di « aridità » della lesione a cui ho innanzi accennato. Ho creduto opportuno far seguire le suddette considerazioni al caso descritto oltre che per cercare di spiegarmi alcuni sintomi, per richiamare ancora l'attenzione su una infezione molto rara ma pur tanto complessa e che merita ancora moltissimo studio anche presso di noi.

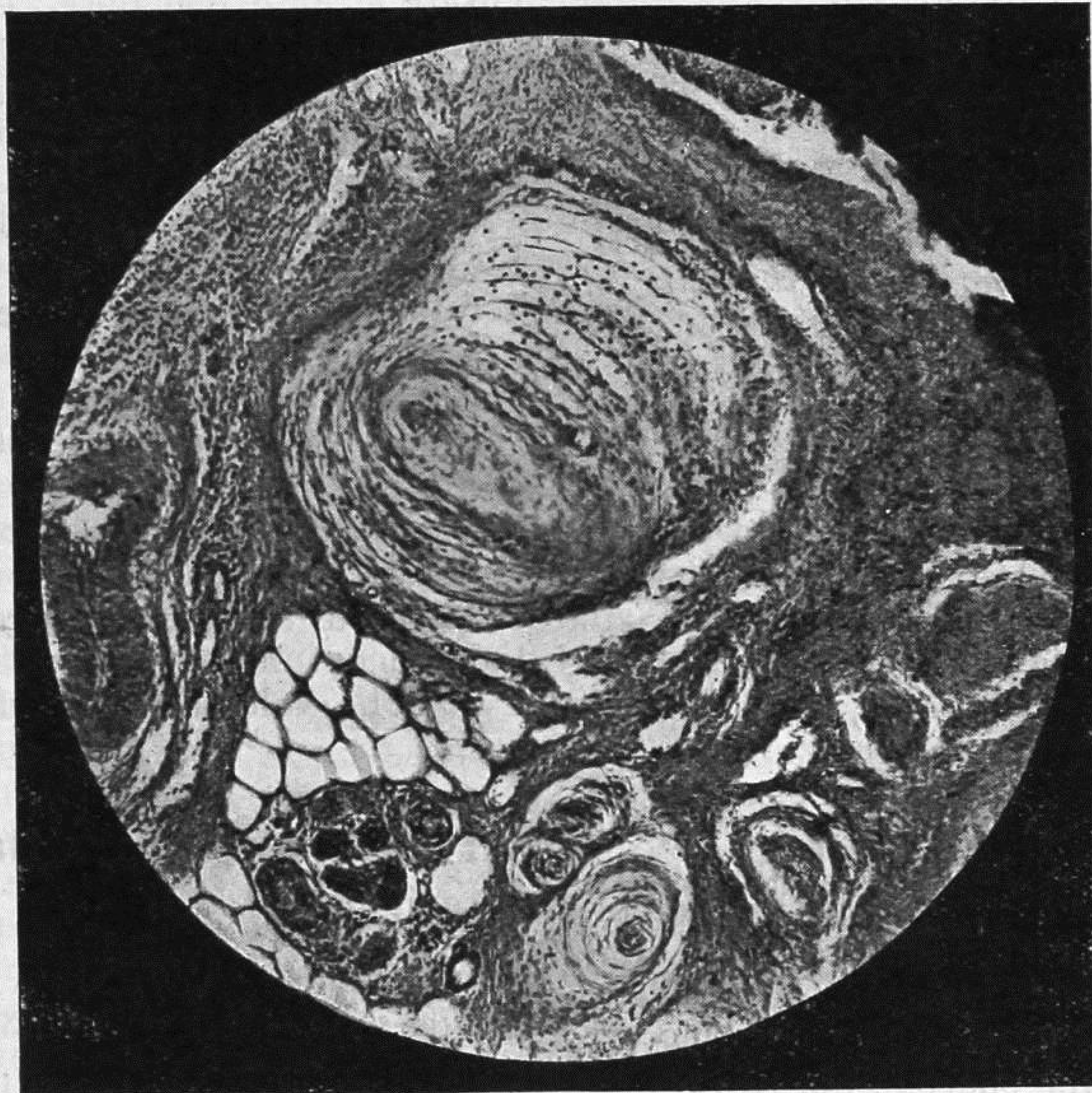


Fig. 2.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver tratteggiato l'etiologia del Sodoku, passa a descrivere un caso capitato alla sua osservazione e in un giovane di 23 anni, dove pare esserci già stata una infezione da morso di topo, per cui la presente potrebbe interpetrarsi anche come una reinfezione della stessa malattia. Seguono al caso delle considerazioni specie sulla formula leucocitaria per la mononucleosi riscontrata, sulla terapia impiegata, ed infine sul reperto bioptico della sede del morso.

LETTERATURA.

Anderson e Spector. *Rat bite fever associated With Sporothrix.* I. Infect. dis., 1932.

Baffis. *Su di un caso di sodoku.* Policlin., Sez. Prat., 1931.

L. Burbi. *Sul sodoku. Prima nota etiologica preventiva.* Comunicazione alla Soc. Lombarda di Scienze Med. e Biologiche, 1928.

Corfini. Comun. alla Soc. Med. Chir. di Modena, 1931.

G. De Vecchi. *Un caso di sodoku.* Policl., Sez. Prat., 1928.

Dick e Tunniclift. *A streptotrix isolated from the blood of e patient bitten by a weasel.* J. Infect. dis., 1918.

Fasiani. *Ricerche eziologiche in un caso di sodoku.* Riforma Medica, 1922.

Frugoni. Riforma Medica, n. 47, 1911.

Futaki K., Takaki, Taniguchi e Osumi. *The cause of rat bite fever.* J. Exper. Med., 1916.

S. HATA. *Salvarsantherapie der Rattenbisskrankheit in Japan.* München Med. Wochenschr., 1912.

C. INGARAMO. *Due casi di sodoku.* Policl., Sez. Prat., 1931.

MARTINOTTI. *Contributo allo studio del sodoku.* Giornale Italiano delle Malatt. Veneree e della pelle, fasc. II, 1917.

H. MIYAKE. *Ueber die Rattenbisskrankheit.* Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1899.

O. NAEGELI. *Anat. Patolog. di Aschoff*, vol. II. U.T.E.T., 1932.

NEIROTTI. *Sodoku da morso di gatto.* Policl., Sez. Prat., 1926.

PERIDES E. *Un caso di sodoku guarito con la cura arsenobenzolica.* Terapia, 1934.

REBIZZI. Rel. alla Soc. Med. Chirur. Bresciana, 1931.

RIPLEY e VAN SANT. J. Am. Med. Ass., 1934.

SAVAGNONE L. *Un caso di sodoku trattato con la bismuto terapia.* Le Forze Sanitarie, n. 21, 1934.

WILCOX W. *Silent Symptoms from the Bite of the Rat.* Am. J. M. Soc., 1840 (citato da VAN SANT).

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

Setticemia.

(C. E. LAKIN. *The Brit. Medic. Journ.*, 13 aprile 1935).

Il termine « setticemia » indica un'infezione grave in cui compaiono abbondantemente microrganismi patogeni nel sangue circolante che si diffondono rapidamente e ampiamente nei tessuti dell'organismo. Si parla invece di batteriemia nei casi di presenza temporanea di germi nel sangue, come succede nel tifo e nella polmonite. La batteriemia può diventare una setticemia. La setticemia può essere complicata da piemia, e questa si ha più spesso nella setticemia stafilococcica che in quella streptococcica.

Nel primo periodo della setticemia i germi invadono il circolo partendo solo dal focus primario e poi dagli altri foci che si sono prodotti. Nelle forme suppurative, quando i foci sono accessibili chirurgicamente, si deve intervenire; però è bene ricordare che l'incidere i tessuti sani circostanti ad un focolaio circoscritto può provocare una setticemia. Nelle forme streptococciche circoscritte è utile il siero specifico.

Ci sono anche setticemie criptogenetiche, in cui non si riesce a trovare il focus primario e la diagnosi di setticemia si fa solo per l'esistenza di emocultura positiva (oltre naturalmente ai sintomi clinici di una sepsi).

Misure terapeutiche generali sono il riposo in letto, possibilmente all'aria aperta, alimentazione discreta, abbondante somministrazione di liquidi (utile è l'uso di acqua zuccherata). In alcuni casi possono giovare dei lassativi e dei tonici cardiaci.

Come cura specifica sieri e vaccini.

Nelle forme acute il siero, nelle forme a decorso più prolungato i vaccini. L'immunotrasfusione, che ha dato a qualcuno dei buoni risultati, è di solito inefficace. È meglio farla dopo aver iniettato al donatore, cinque ore prima, un vaccino. Cadham segue un metodo proprio che l'A. consiglia: si inietta al malato siero di sangue di coniglio preparato per due anni con vaccini di strepto e stafilococchi iniettati ripetutamente e al quale si è iniettato poco prima un vaccino con germi del malato da curare.

R. Hamilton ha curato con batteriofago un malato di endocardite in gravidanza provocata da streptococco viridans, ottenendo la guarigione.

Ci sono anche sostanze battericide ma è dubbio che si possa ottenere una concentrazione veramente battericida nel sangue umano.

Si usano soluzioni al 0,8 % di collosol iodico (4 iniezioni endovenose di 10 cc. l'una a intervalli di 24 ore una dall'altra), oppure 200-500 cc. di soluzione al 0,05 % di eusol per via endovenosa, o argento colloidale, o manganese colloidal.

Altre sostanze adoperate sono il mercurio e l'arsenico (mercurocromo, neosalvarsan). Utile è qualche volta l'ascesso da fissazione.

R. LUSENA.

Sul quadro clinico della linfogranulomatosi.

(N. v. JAGIC' e R. KLIMA, *Münch. Med. Wochenschr.*, 21 marzo 1935).

La diffusione del tessuto linfatico a quasi tutto il corpo umano fa sì che un'affezione sistematica di esso, quale è la linfogranulomatosi, possa presentarsi sotto le forme più svariate; la possibilità di localizzazioni molteplici e la diversità nel decorso contribuiscono talora alla simulazione di altre sindromi cliniche.

L'articolo degli AA. costituisce una rassegna dei varî sintomi generali e locali dell'affezione; fra i primi figura naturalmente anzitutto il decorso tipico della curva febbrile; i sintomi di localizzazione sono rappresentati oltrechè dalle manifestazioni a carico delle linfoghiandole (colle ben note caratteristiche di durezza, delimitabilità ecc.), dalle sindromi da compressione dei vasi, tronchi nervosi, di varî organi che talora vengono compromessi anche per l'infiltrazione o dall'infiammazione perighiandolare con successiva formazione di cicatrici.

Non è il caso di soffermarsi sul tumore splenico, epatico, sullo sviluppo intraadominale della linfogranulomatosi che appartengono al quadro classico della malattia; meritano di essere sottolineate alcune localizzazioni che talora possono mentire un'affezione isolata e diversa di diversa natura.

Così la linfogranulomatosi intestinale, specie quando si presenta isolata: gli AA. citano dei casi di sviluppo a tipo tumorale, che può assumere una forma nodosa, qualche volta ad anello stenosante; sono stati descritti dei casi di infiltrazione parietale con ulcerazioni successive, cui può seguire anche la perforazione intestinale e che fa presumere la diagnosi di tifo addominale; la localizzazione più frequente è in corrispondenza della valvola ileo-cecale; in un caso lo sviluppo a tipo di tumore di questa regione ha portato alla invaginazione del tenue nel cieco. Sono ben note le localizzazioni all'ilo portale che provocano l'ittero, l'ascite ecc.

Lo sviluppo intratoracico avviene più frequentemente a carico delle ghiadole mediastinali col quadro caratteristico del tumore del mediastino (compressione dei bronchi con tosse continua, compressione della trachea, dei vasi e nervi); sono frequenti le bronchiti, croniche secondarie; speciale interesse destano le infiltrazioni polmonari linfogranulomatose, le quali, presentandosi talvolta in forma acuta, simulano le infiltrazioni pneumoniche; tali infiltrati ulcerandosi successivamente possono dare luogo a caverne non dissimili da quelle tubercolari. Anche la pleura può essere compromessa: si verificano pleuriti secche ed essudative; un processo di lunga durata con esito in cicatrizzazione può provocare fenomeni di raggrinzamento con retrazione del mediastino e del torace.

Mentre i grossi vasi soffrono spesso dalla compressione, il cuore stesso viene danneggiato di rado; sono stati però osservati infiltrazioni peri- e miocardiche. Anche il sistema nervoso centrale viene colpito molto più raramente di quello periferico (quest'ultimo per lesioni di vicinanza): talora sono state osservate infiltrazioni nella dura madre; gli AA. riferiscono su due casi di paraplegia da compressione midollare.

Il sistema osseo può essere colpito sia dall'interno — per sviluppo endomidollare — che dall'esterno, da infiltrazioni periostali che qualche volta simulano per il loro volume un sarcoma osseo.

Sono molto frequenti le manifestazioni cutanee, non tanto da invasione diretta, poichè gli infiltrati cutanei non sono comuni, quanto per sindromi concomitanti: eczema, orticaria, psoriasi; un sintoma quasi costante e di grande valore diagnostico è rappresentato dal prurito cutaneo che talora precede le altre manifestazioni morbose.

Il quadro ematico non è sempre caratteristico. La leucocitosi neutrofila manca quasi sempre nelle localizzazioni addominali, nei quali si osserva leucopenia; anche la eosinofilia fa spesso difetto o è poco rilevante. Un certo valore invece va attribuito alla linfopenia frequentemente spiccata (1 % di linfociti) con concomitante monocitosi; quest'ultima si rende ancora più evidente nei casi di leucopenia. A carico della serie rossa non si osserva che anemia negli stadi avanzati della malattia; talvolta il numero e il valore emoglobinico delle emazie può essere aumentato nei casi a localizzazione toracica che provoca disturbi respiratori.

Per quel che riguarda il decorso della linfogranulomatosi esso è quanto mai vario; la durata della malattia (in rapporto anche alla terapia) oscilla in media intorno ad un anno; ma può protrarsi fino a 10 anni (un caso degli AA.); non sono rare anche le forme acute con febbre alta e che, in caso di mancanza di manifestazioni superficiali, simulano il tifo, specie quando v'è localizzazione intestinale, leucopenia ecc. Mentre nei giovani prevalgono le forme generalizzate e più acute, nei vecchi sono più frequenti le forme localizzate (ad eccezione di quella mediastinale) e a decorso più cronico.

Va da sè che la chiave della diagnosi viene fornita dalla biopsia; ma anche questa, per l'estensione limitata del pezzo, che talora non rivela che alterazioni cicatriziali, può essere ingannevole; occorre sempre valutare l'insieme della sintomatologia. Gli AA. non attribuiscono singolare valore alla tubercolinoreazione che nelle loro mani non ha avuto alcun comportamento caratteristico. Indizi indiretti sono forniti dall'esame del sangue.

Nel campo della terapia gli AA. si limitano a raccomandare i procedimenti röntgen-terapici localizzati, dosati in rapporto allo stato generale, quadro ematico, stadio della malattia. Un mezzo coadiuvante è rappresentato dai preparati arsenicali; inoltre si ricorrerà a seconda delle necessità alla terapia sintomatica antifebbrile, antipruriginosa ecc.

La terapia chirurgica rappresenta un trattamento d'eccezione e sarà limitata a ben determinati casi, come p. es. i disturbi di canalizzazione intestinale. La trasfusione non ha che valore transitorio per combattere l'anemia degli ultimi stadi della malattia. S. Minz.

Sull'erisipeloide o mal rossino umano.

(E. Marino. *Gazz. degli Osped. e delle Cliniche*, 5 maggio 1935).

Il mal rossino umano si può presentare sotto due forme, la forma intestinale e la forma cutanea. La prima, dovuta alla ingestione di carni infette, è rara e può determinare una setticemia mortale, la seconda è la più frequente e di essa si occupa l'A.

Vi è una forma acuta e una cronica. Questa è molto più rara e può essere causa di artropatie e di endocarditi.

L'infezione è dovuta al bacillo di Loeffler detto del mal rossino dei maiali, bacillo grampositivo, immobile, asporigeno, ma molto resistente agli agenti esterni. Ha scarso potere patogeno per l'uomo.

Prima della guerra erano molto rare in Italia le epizoozie di mal rossino, ma con l'an-

nessione delle provincie irredente, regioni molto infette di mal rossino, la malattia si è diffusa nel Veneto e anche in tutta Italia.

L'infezione non si contrae dal solo maiale, ma anche da altri animali come polli, colombi, pecore, bovini, cavalli, ecc. La malattia è più frequente in estate e in autunno. Non è mai stata osservata la trasmissione da uomo a uomo.

Dopo un periodo di incubazione, che può andare da uno o due giorni a otto, si ha un periodo di invasione localizzata, della durata da dieci a quindici giorni. In corrispondenza del punto di entrata del germe che è di solito una soluzione di continuo il più spesso delle dita e della mano, talora così piccola da sfuggire allo stesso paziente, inizia una macchia rilevata di colore rosso scuro, ben limitata da un bordo irregolare dalla cute sana; l'eritema papuloso si estende in senso prossimale e si accompagna a prurito, senso di bruciore e tensione. In otto-dieci giorni si è già diffuso al dorso della mano e talora alla palma con tendenza a guarire al centro dove resta una colorazione bluastra. Rara la febbre e i disturbi generali; spesso si hanno strie di linfangite e reazioni delle ghiandole più vicine. Talora si ha anche la vescicolazione delle papule. Spesso nelle articolazioni vicine si verificano tumefazioni periarticolari e notevole edema della cute così da simulare un'artrite.

Raramente al periodo di invasione localizzata segue un periodo di diffusione, con generalizzazione brutale dei fenomeni.

La guarigione si ha generalmente in 3-6 settimane, attraverso talora un processo di desquamazione.

La ricerca del germe, sia nel sangue sia colla biopsia di un frammento di pelle al limite della placca, è spesso negativa. Per la diagnosi tener conto della professione e ricercare se il paziente ha manipolato carni di animali sospetti (specie suini).

La prognosi è generalmente benigna. Fanno eccezione i casi di infezione per via digerente a decorso setticemico. Sono frequenti le recidive.

Riguardo alla profilassi bisogna tener conto del fatto che il bacillo può vivere a lungo nelle carni anche salate ed affumicate.

La terapia si vale del siero specifico (10 cc. per via intramuscolare); localmente impacchi umidi, pomate, ecc. C. TOSCANO.

SCHELETRO.

Contributo allo studio ed alla casistica della disostosi cleido-cranica.

(M. MOLTENI. *Archivio di chirurgia infantile*, dicembre 1934).

A proposito di un caso capitatogli nella sezione di Pediatria Medica dell'Ospedale Maggiore di Milano, l'A. si sofferma ad illustrare questa rara affezione la cui ezio-patogenesi è quasi sconosciuta.

I primi a richiamare l'attenzione su questa malformazione ossea furono Martin nel 1765 e Morand nel 1766; fu solo però nel 1798 che Marie e Sainton ne tracciarono nei principali dettagli il quadro clinico.

Oggi i casi resi noti superano il centinaio.

La malformazione interessa specialmente il cranio e la clavicola, i quali avrebbero subìto un mancato o alterato processo della ossificazione normale. Sono colpite tanto le ossa della volta del cranio, quanto quelle della base e della faccia, che sono sempre sottili ed incompletamente ossificate.

Le fontanelle e le suture si saldano molto tardi o non si saldano affatto, talora appaiono parzialmente obliterate dalla presenza di ossa wormiane.

La base del cranio è risospinta nella sua parte mediana verso la cavità cranica e ne consegue una inclinazione della doccia del corpo dell'occipitale. La faccia a causa della riduzione delle dimensioni di tutte le sue ossa è piccola e retratta. Assai prominenti sono le bozze frontali e parietali e separate tra di loro da solchi; le regioni temporali sono depresse: le ossa nasali e lacrimali possono mancare. A causa della sporgenza in avanti del mascellare inferiore si ha prognatismo; la cavità orale è ristretta ed il palato ogivale. I disturbi della dentizione sono frequenti. Le clavicole sono aplasiche e possono anche mancare, ma in genere è presente un rudimento sternale o acromiale; talora la aplasia colpisce soltanto la parte mediana e le due estremità sono unite da un legamento fibroso. Tali alterazioni permettono movimenti anormalmente estesi. I muscoli sono bene sviluppati.

Sono state segnalate diverse altre alterazioni scheletriche in relazione con la disostosi.

La statura dei soggetti è in genere inferiore alla norma, ma lo sviluppo psichico è normale. La malattia è ereditaria, familiare e colpisce ugualmente ambo i sessi.

La diagnosi è in quasi tutti i casi facile specialmente oggi con l'aiuto della radiologia. Vi sono però alcune malattie disostosiche che hanno importanti punti di contatto con la malattia di Marie-Sainton e cioè: la acondroplasia, l'osteopsatirosi, la displasia periostale del Durante la disostosi cranio-facciale, la acrocefalo-sindattilia, la disostosi ipofisaria, la disostosi tipo Hurler e la distrofia periostale iperplastica familiare del Dzierzynsky. Sono queste, tutte disostosi ereditarie congenite, ma un attento esame permette sempre di individuarle.

Molto incerte ed oscure sono tuttora le nozioni sulla etio-patogenesi di questa affezione. Solo nel fattore della ereditarietà, tutti si trovano d'accordo. Delle varie teorie emesse convien ricordare: 1) teoria delle anomalie regressive; 2) teoria delle mutazioni, secondo la quale la disostosi sarebbe un prodotto dell'atavi-

smo; 3) teoria condroperiostea, per la quale la d.c.c. sarebbe il risultato di uno squilibrio fra ossificazione encondrale e periostale; 4) teoria della acondroplasia frustra; 5) teoria endocrina: sono state chiamate in causa tutte le ghiandole che hanno influenza sullo sviluppo dello scheletro e specialmente la tiroide e l'ipofisi; 6) teoria meccanica, per la quale la d.c.c. sarebbe il prodotto di cause puramente meccaniche (briglie amniotiche, aumentata pressione amniotica) che agiscono nei primissimi tempi della vita endouterina. L'A. è del parere che a spiegare il meccanismo etio-patogenetico della disostosi cleido-cranica, non debba invocarsi una sola causa, ma fattori molteplici in stretti rapporti tra loro, che possono essere riuniti in tre gruppi principali: complesso ereditario (fenomeno atavico, labilità neuro-endocrina, tendenza a degenerare, in rapporto con le tare trasmissibili dai genitori ai figli); complesso nocivo agente sulla madre (cause infettive, tossiche, meccaniche); complesso neuroendocrino materno ed alterato fisiochimismo biologico fetale. VICENTINI.

Le osteiti del gran trocantere

(L. MORASCA. *Archivio di Medicina e Chirurgia*, dicembre 1934).

Da lungo tempo è conosciuta la osteite del gran trocantere: le prime osservazioni risalgono a Tenone (1798). Al giorno d'oggi essa non va più compresa fra le osteiti para-articolari, ma deve porsi in una categoria particolare, perchè il trocantere è una apofisi, cioè un segmento scheletrico avente oltre ad una struttura speciale anche una particolare funzione, che è quella di punto di applicazione della potenza motrice di una leva robusta: l'estremo superiore del femore.

Tre sono le cause delle osteiti del gran trocantere: l'infezione tubercolare, la stafilococcica o batterica in genere, la luetica.

Le osteiti trocanteriche ad etiologia tubercolare sono le più importanti e sopratutto le più frequenti. Sono costituite da uno o più focolai di infiammazione granulomatosa, che evolvono o verso la caseificazione o verso la trasformazione fibrosa.

L'infezione avviene generalmente per via ematica, ma può anche trattarsi di infezione di vicinanza: infatti in nove casi osservati dall'A. l'osteite del trocantere coesisteva con gli esiti di una spondilite lombare che aveva precedentemente dato un ascesso iliaco che in tre casi si era portato nella regione laterale della coscia. La via seguita in questi casi dal bacillo di Koch è la linfatica.

Un'altra ragione che favorisce l'attecchimento del bacillo di Koch nel tessuto spugnoso del trocantere, sta nel fatto che questa apofisi è sottoposta ad un continuo lavoro come punto di attacco dei muscoli permettenti la stazione bipede.

Dal punto di vista anatomo-patologico, nelle forme iniziali si nota una zona iperemica di piccole dimensioni: l'osso è decalcificato in toto; al microscopio si vedono ammassi di tubercoli con scarsa reazione periferica e intorno ad essi assottigliamento delle trabecole ossee, degenerazione grassa del midollo e piccoli infiltrati perivasali. A poco a poco i singoli focolai si riuniscono dopo aver distrutto l'osso interposto fra di essi, con formazione di un focolaio rotondeggiante che accrescendosi giunge ad usurare la corticale. L'osso sano circostante forma al focolaio un guscio osteosclerotico denso, costituendo una vera cisti: è questo il tipo classico e rappresenta l'ultimo stadio evolutivo delle lesioni trocanteriche tubercolari. Ma non sempre il tubercolo evolve verso la caseificazione; in alcuni casi si trovano dei tubercoli atipici disseminati in tessuto connettivale giovane, con ricca infiltrazione parvicellulare; in questi casi l'osso reagisce con fatti iperplastici.

Costante è la presenza di un ascesso che origina dalla faccia esterna del trocantere e trova una via anatomica preformata verso il basso, limitata all'esterno dal tendine del muscolo tensore della fascia lata ed all'interno dalle fibre muscolari del muscolo vasto laterale. Oltre questa vi sono altre vie di estrinsecazione di questi ascessi: una profonda tra la diafisi femorale e la parete interna del vasto laterale ed una posteriore al di sotto della massa glutea.

L'ascesso divenuto superficiale cointeressa presto la cute e si formano le fistole situate nella regione antero-esterna della coscia e per lo più nel terzo superiore.

L'indagine radiologica è molto importante. In genere si nota un focolaio di rarefazione di grandezza da un pisello ad una nocciola e solo di rado si trova una grossa caverna. Questo quadro si trova però solo nei casi datanti da qualche anno. Il primo tempo della malattia non ha una immagine radiografica dimostrativa, solo in molti casi si vede una forte decalcificazione. L'erosione della corticale è evidente se risiede nella parte latero-esterna del trocantere.

L'osteite tubercolare si manifesta in individui tra i 10 e i 30 anni, con un massimo di frequenza dai 15 ai 20 anni. L'inizio è subdolo; il dolore è il primo sintoma e può essere l'unico per anni; esso è spontaneo ed è in genere sopportabile. Con l'aumentare di intensità del dolore il p. comincia a zoppicare. A poco a poco si ha la formazione di un ascesso evidente alla palpazione solo dopo un certo tempo, quando è divenuto superficiale. Dopo di ciò rapidamente si ha la fistolizzazione. Nelle forme recenti le fistole possono per mezzo di cure adatte chiudersi in pochi mesi. La funzionalità dell'anca è in genere integra.

La diagnosi è abbastanza facile, sulla base dei dati anatomici, clinici e radiografici che costituiscono un quadro certo e sicuro della

osteite trocanterica tubercolare. Di più difficile diagnosi sono le forme iniziali, che presentano una sintomatologia incompleta e un reperto radiologico poco probativo.

Il decorso di questa affezione è molto lungo e la guarigione si può ammettere con certezza sol quando la radiografia dimostra che la cavità è colma di osso di neoformazione. Residuano infatti sempre dei frustoli di sostanza caseosa, punto di origine di una ripresa della malattia.

Un problema di grande importanza è se l'osteite resterà circoscritta o progredirà fino a dare una artrite dell'anca. Le osteiti tubercolari del trocantere si propagano di rado alla articolazione, mentre le stafilococciche si trasformano in pochi giorni in una artrite dell'anca o in una metafisite. Più frequente è il caso inverso che ad una coxite tubercolare faccia seguito una osteite trocanterica.

Nella diagnostica differenziale è bene tener presente che una raccolta ascessuale con il tipo dell'ascesso trocanterico, può dipendere da lesioni tubercolari della colonna lombo-sacrale, delle sincondrosi e delle ossa del bacino. L'esame radiografico potrà determinare, specialmente se si fa precedere una iniezione di una sostanza di contrasto nell'ascesso e nel seno fistoloso. La radiografia permetterà anche di escludere delle affezioni paratrocanteriche delle borse sierose e mucose, quasi sempre tubercolari. I tumori, l'echinococcosi, le cisti hanno caratteri radiografici ben distinti.

Le cure generali e la elioterapia non vanno mai trascurate, ma il solo indirizzo terapeutico veramente efficace è quello chirurgico purchè siano rispettati adatti limiti di luogo e di tempo. È necessario cercare di asportare la lesione in blocco senza che avvenga la disseminazione di prodotti patologici, nella ferita operatoria. Il trocantere va sezionato alla sua base, previa disinserzione delle masse muscolari pelvitrocanteriche, che non produce menomazione della funzione dell'anca, purchè si suturino gli estremi inferiori di detti muscoli al periostio ed ai muscoli vicini.

Le osteiti trocanteriche non tubercolari sono dovute ai comuni germi piogeni, alla spirocheta pallida, ai miceti.

L'A. ha osservato rari casi di esse.

Nelle forme di piogeni è impossibile la localizzazione puramente trocanterica: di regola si ha rapidamente una metafisite od una artrite. Anatomicamente i fatti di condensazione prevalgono sui fatti cistici e non manca mai la reazione periostale a livello della parte esterna del trocantere, nelle forme croniche.

Il quadro clinico delle osteiti da piogeni si inizia in modo acuto; precoce è la tumefazione dolorosa della parte, che rapidamente fluttua e si apre spontaneamente se non è stata aperta dal chirurgo. Le forme subacute hanno un decorso molto lungo.

Il quadro radiografico è positivo solo quando si è avuta l'invasione della metafisi superiore del femore.

La prognosi di queste forme è più grave di quelle tubercolari, perchè si propagano rapidamente all'articolazione dell'anca.

VICENTINI.

ORGANI ENDOCRINI.

L'ipofisi posteriore.

(E. M. K. GEILING. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 2 marzo 1935).

Gli elementi strutturali primari del lobo posteriore dell'ipofisi sono le cellule neurogliali, i pituiciti e le fibre nervose.

Origine e via di uscita della secrezione. — Soltanto i pituiciti sono considerati elementi secernenti. Molti ricercatori credono che la secrezione sia formata dalle cellule della parte intermedia che avvolge e si insinua nel lobo neurale per un'estensione più o meno grande. Questa opinione è in disaccordo con studi più recenti, che dimostrano che il lobo neurale della gallina e della balena hanno proprietà pressorie, ossitociche e antidiuretiche, sebbene in questi animali la struttura del lobo neurale sia tale che si può escludere l'intromissione della parte intermedia nell'estratto.

Un'altra ipotesi largamente accettata è che la secrezione derivi dai corpi di Hering. Questi elementi strutturali acellulari, irregolari nel numero, nella dimensione, nella forma, si considerano una secrezione antecedente che emigra dei derivati cellulari della parte intermedia nel lume del terzo ventricolo; di qui la asserita presenza nel liquor cerebrospinale di secrezione del lobo posteriore. Esperimenti recenti fanno pensare che questi corpi di Herring siano un artefatto della fissazione. Questi studi tendono a far ritenere che il tessuto neurogliale sia infiltrato di materiale colorabile che colla fissazione precipita in forma di aggregati (corpi di Herring). Di più, le ricerche più accurate non sono riuscite a dimostrare la presenza di secrezione del lobo posteriore nel liquor.

La spiegazione più semplice non in contrasto coi fatti è che la secrezione del lobo posteriore è elaborata da elementi intrinseci del lobo stesso ed entra direttamente nel circolo generale dai vari vasi sanguigni descritti recentemente da Popa e Fielding.

Si ammette che le cellule della parte intermedia elaborino l'ormone melanoforo o intermedin.

La chimica degli estratti di lobo posteriore. — I costituenti attivi degli estratti di lobo posteriore non sono stati ancora chimicamente individuati. Abel e i suoi collaboratori hanno separato un tartrato che ha proprietà pressorie, ossitociche e antidiuretiche; Kaum e collaboratori hanno separato due frazioni, pitressina e pitocina. La pitressina ha proprietà pres-

sorie e diuretiche e una certa attività melanofora indipendente dai princìpi pressori e ossitocici della parte intermedia. La pitocina ha attività prevalentemente ossitocica. Ma la « sostanza madre » di Abel e le sostanze da essa derivate non sono state ottenute come composti chimicamente puri.

Attualmente bisogna contentarsi di una polvere pituitaria internazionale sulla quale sono standardizzati tutti i preparati del commercio. L'unità di pituitaria è l'attività contenuta in 0,5 mg. di polvere pituitaria standard.

Effetti fisiologici. — L'estratto pituitario posteriore (che è una soluzione della polvere standard) ha azione evidente sui sistemi cardiovascolare, respiratorio e renale, sui muscoli lisci, su certe strutture ghiandolari e sul metabolismo. La pitressina ha effetti cardiovascolari, respiratori, renali, intestinali e metabolici; la pitocina ha azione ossitocica. Tutti e due danno iperglicemia ed agiscono come antagoniste dell'insulina.

Effetti cardiovascolari e metabolici. — Nell'uomo le dosi terapeutiche non danno aumento della pressione sanguigna sebbene diano pallore. C'è una breve caduta della frequenza del polso, del consumo di ossigeno e della gittata cardiaca, seguìti da aumento più prolungato il quale è dovuto all'accumulo di cataboliti.

Effetti respiratori. — Sono secondari a quelli circolatori e consistono in un aumento della frequenza del respiro con periodi di sospensione del respiro.

Effetti renali: azione diuretica-antidiuretica. — Questa proprietà è legata alla frazione pressoria degli estratti. Le dosi terapeutiche di estratto o di pitressina provocano marcato effetto antidiuretico, che dura qualche ora, in pazienti con diabete insipido o in soggetti normali che hanno ingerito precedentemente molta acqua. Quest'azione è diretta sul rene, e si spiega con aumento del riassorbimento di acqua da parte di alcune cellule dei tubuli.

L'effetto diuretico si ha con piccole dosi nei conigli anestetizzati in cui si è somministrato del vitto erbaceo, o a cui si è fatta una iniezione glucosata isotonica o si è data della florizina. Questa diuresi è dovuta o ad aumento della filtrazione-glomerulare o a diminuzione del riassorbimento di acqua da parte dei tubuli.

Effetti ossitocici: la natura e il grado di reazione della muscolatura uterina all'estratto di lobo posteriore di ipofisi varia secondo la specie dell'animale, secondo la fase del ciclo mestruale, secondo lo stato di gravidanza e il periodo della gravidanza (inizio, termine, parto, puerperio). Precisamente varia secondo che al momento dell'iniezione prevalga l'ovaio, la placenta o l'ipofisi.

Nel primo periodo di gravidanza l'utero umano non reagisce alla pitocina, probabilmente per l'azione inibitoria della secrezione luteinica, però risponde a piccole dosi di pitressina. Più tardi si trova la reattività alla pitocina e questa reattività è massima durante il parto. È qui che l'usano con successo gli ostetrici. In questo periodo la teelina è pure molto attiva. Nel puerperio la pitocina agisce poco.

L'azione sull'intestino fu osservata colla pitressina.

Usi clinici. — Gli ostetrici conservatori restringono l'uso dei preparati di ipofisi posteriore alla cura dell'emorragia postpartum e dell'aborto incompleto, in cui l'aborto può completarsi coll'uso di piccole dosi ripetute. Qualche volta questi preparati si usano per provocare il travaglio; si somministrano per via nasale, via che è anche utile quando si vuol combattere l'inerzia uterina primaria e secondaria.

In alcune cliniche si usano le iniezioni di estratto di ipofisi posteriore sistematicamente subito dopo il parto per facilitare il distacco della placenta.

Soluzioni di ipofisi e pitressina si usano nel diabete insipido, e nei casi in cui si è data troppa insulina.

Disturbi attribuiti all'ipersecrezione dell'ipofisi sono quelli della tossiemia gravidica, ma i dati su cui questa ipotesi si basa non sono molto convincenti. R. LUSENA.

L'elettrochirurgia del Basedow.

(NIEDEN. *Zbl. Chir.*, 61, 2355, 1934).

L'essersi negli ultimi anni abbassata la percentuale di mortalità postoperatoria nel Basedow al 9,4 % può spiegarsi con i miglioramenti introdottisi nella tecnica sia preoperatoria che operatoria e postoperatoria. L'A. considera come un notevole contributo alla tecnica della terapia chirurgica del Basedow l'elettrocoagulazione della ghiandola praticata subito prima dell'asportazione. In tal modo viene distrutto quel tessuto tireotossico, alla cui secrezione dopo l'operazione va ricondotta l'insorgenza del grave shock tireotossico postoperatorio.

L'A. isola la tiroide come per la tireodectomia classica, e poi la coagula in gran parte con un elettrode applicato sulla superficie della ghiandola scoperta. Dopo essersi assicurato di avere coagulato la maggior parte del tessuto tiroideo, senza che la coagulazione raggiunga la superficie, procede alla tireodectomia la più estesa possibile. In tal modo la sezione praticata col coltello (normale o elettrico) avviene non già in tessuto tiroideo normale (cioè tireotossico) ma in tessuto cauterizzato.

In 15 casi così trattati è mancata completamente la reazione cardiovascolare postoperatoria che costituisce il pericolo principale della operazione di tireodectomia per Basedow.

È noto come le opinioni sulla causa di tale shock non siano concordi.

Mentre prima si tendeva ad ammettere che

esso fosse dovuto ad aumentata secrezione di secreto tireotossico nel circolo, specie da parte della superficie di sezione della ghiandola, Sauerbruch ha emesso l'ipotesi che invece si trattasse di una ipercompensazione cardiovascolare da carenze. Ciò sembrerebbe confermato dalle ricerche di Bier che nei tiroidectomizzati per Basedow non ha incontrato nessun aumento di jodio in circolo in coincidenza dello « shock ».

Ora i risultati della coagulazione preventiva della tiroide sembrerebbero confermare la prima di queste due ipotesi, poichè, come dicemmo, nei 15 casi operati dall'A. in questo modo, cioè con abolizione della superficie operatoria tireotossica, mancò ogni traccia nelle giornate seguenti l'operazione di ogni fenomeno tireotossico. ALDO CALÒ.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

V. PUNTONI: *Manuale di Microbiologia Medica.* Un vol. in-8° gr., di pp. XX-876, con 345 figure interc. nel testo. 2ª Ediz., Roma, Studio Editoriale dell'Istituto Universitario Socrate Bucciarelli, 1935-XIII. Prezzo L. 100.

Tutto il bene che venne detto di questo libro quando comparve per la prima volta, può ripetersi ora che se ne pubblica una nuova edizione, a distanza di soli 5 anni, il che prova la benevola accoglienza da esso incontrata e la larga diffusione raggiunta.

Con efficace semplicità e con chiarezza dimostrativa, il Puntoni ci offre un'esposizione completa ed accurata di tutta la microbiologia. Questa disciplina, relativamente giovane, è in via di evoluzione e di rinnovamento continui; epperciò l'A. ha rimaneggiato e ingrandito il lavoro, accogliendo gli acquisti e le concezioni recenti: un'atmosfera di modernità lo compenetra.

Così, nella parte generale viene fatto posto alle nozioni nuove riguardanti le variazioni e dissociazioni batteriche, la biochimica dei batteri, l'allergia emorragica, i due tipi di agglutinogeni, gli antigeni complessi e incompleti ecc.

Segue lo studio dei vari microrganismi, ordinato e condotto in modo sistematico, evitando di cadere nelle esagerazioni cui da qualche tempo tende la nomenclatura, ciò che complica tale studio. I microrganismi vengono raccolti e ravvicinati secondo le affinità; così, tra i batteri, molta parte è fatta al gruppo dei dissenterici e affini, al gruppo tifo-coli, alle brucelle (opportunamente incluse nel genere *Bacterium*, mentre ora si vorrebbe costituirne il genere *Alkaligenes*) ecc. Notevole sviluppo è dato alla micologia, cui l'A. ha portato contributi personali importanti; viene stabilita una classificazione morfologica degli attinomiceti, da cui è staccato il genere *Asteroides*. Sono poi presi ampiamente in esame i protozoi ed i virus imperfettamente noti e filtrabili, tra cui quello influenzale e il batteriofago.

Trattando dei singoli microrganismi, l'A. si occupa anche delle azioni patogene e delle reazioni immunitarie, dei vaccini ecc.; per es., a proposito della sifilide, egli descrive le reazioni di flocculazione, comprese quelle più recenti; a proposito della malaria, si occupa della reazione di Henry; nei riguardi della difterite, accenna alla vaccinoprofilassi; ecc.

Una vena intensamente pratica compenetra tutto il lavoro. Le tecniche descritte sono avvalorate dall'esperienza diretta; l'A. insegna a superare le difficoltà della pratica, fornendo dettagli accurati e indicazioni precise. Di molto sussidio didattico sono le fotografie e i disegni che corredano in gran numero l'esposizione.

Tutti coloro che si varranno di questa eccellente pubblicazione — studenti, medici, studiosi — apprenderanno ad apprezzarla. Essa rivaleggia con le migliori di tutti i Paesi.

L. VERNEY.

F. LANGE. *Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie.* Editore G. Thieme. Lipsia. Prezzo M. 7,20.

In questi ultimi anni si sono pubblicati parecchi trattati di Psichiatria, ma, a dir vero, non tutti soddisfacenti per le esigenze del medico pratico.

Il libro dell'egregio psichiatra di Breslavia tra gli altri pregi ha quello di essere accessibile anche a coloro che non sono particolarmente versati nello studio delle malattie mentali.

Molto sobria, ma chiara, è la parte riguardante la sintomatologia, i disturbi dei singoli processi mentali, l'etiopatogenesi delle malattie; molto opportunamente classificati i quadri grafici; ben delineata la struttura delle singole malattie; dettagliata e precisa la terapia. DR.

B. VINCENZINI. *La riflessosimpaticoterapia endonasale.* Editore Zannoni, Padova. Prezzo L. 50,00.

È una trattazione organica, completa della reflessoterapia nasale.

È un libro che segna il tentativo di dare una base scientifica a questo metodo di cura.

S'inizia con la descrizione dell'anatomia del simpatico e delle fosse nasali, della fisiologia dei riflessi che vi si possono provocare. Segue la tecnica operatoria.

La seconda parte è dedicata alla patologia o clinica delle affezioni per le quali è indicata la reflessoterapia ed ai metodi speciali in cui questa va praticata.

La veste tipografica è molto elegante.

DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 7 giugno 1935.

Presidenza: Prof. Lusena, consigliere.

Sindromi ipofisarie. (Morbo di Fröhlich, Morbo di Cushing).

Dott. Lurà (Mantova). — Dopo aver ricordato la vasta messe di studi clinici e sperimentali che tendono a modificare le opinioni fino ad ora correnti sulla funzione delle singole ghiandole sanguigne e sui rapporti di interdipendenza tra esse esistenti, nel senso di riconoscere alla ipofisi una preminente funzione di controllo sulle altre ghiandole endocrine e dopo avere riconosciuto che almeno in parte detta ipotesi è fondata su fatti sicuramente accertati, l'O. invoca una seria revisione critica che metta ordine nella caotica congerie degli esperimenti e delle supposizioni ed afferma la necessità che al lume delle nuove conoscenze venga riveduta la casistica clinica antica, e vengano vagliati i nuovi casi clinici sottoposti alla osservazione.

Presenta all'assemblea il tipico caso di morbo di Fröhlich descritto nel 1914 da Vittorio Ascoli e Verga, ora spontaneamente e completamente guarito. Fa rilevare la rarità di un simile decorso che ha portato alla spontanea completa scomparsa di tutta la grave sindrome clinica soggettiva ed oggettiva alla ripresa totalitaria di tutte le funzioni, non esclusa la funzione sessuale, e ad una normale capacità lavorativa.

Descrive inoltre, presentando fotografie e preparati microscopici, un caso di morbo di Cushing occorso alla sua osservazione diagnosticato in vita e confermato dal reperto anatomo-patologico. Ritiene il caso fra i più completi fino ad ora descritti, presentando esso la caratteristica adiposità, il virilismo, l'osteoporosi, l'ipertensione arteriosa, l'iperglobulia, l'amenorrea e all'autopsia, oltre ad altri reperti di minore importanza, adenoma basofilo ipofisario e adenoma cortico-surrenale. Ritiene legittima la distinzione della malattia di Cushing dalle altre sindromi similari e la interpreta come una poliendocrinosimpatosi nel senso di Pende, cui partecipano in primo luogo l'adeno-ipofisi e il surrene, in via secondaria le gonadi, le paratiroidi, la tiroide. L'ipotesi del Cushing di un basofilismo ipofisario primitivo non sembra all'O. sufficientemente fondata.

Sulla presenza nel liquor ventricolare umano di una sostanza iperglicemizzante.

Dott. Virginio Porta. — Il liquido ventricolare umano, iniettato nella cavità peritoneale del coniglio, provoca una iperglicemia, che è molto più evidente in caso di lesione diencefalo-ipofisaria (acromegalia, tumori soprasellari); si ha anche aumento dell'acido lattico e diminuzione dei corpi chetonici. Questi fatti vengono inquadrati nel complesso delle moderne ricerche di fisiopatologia ipofisaria, e tendono a confermare l'importanza del fattore umorale (liquorale) degli ormoni ipofisari regolatori del ricambio dei carboidrati.

Curve chetonemiche da carico di grassi in affezioni diencefalo-iposarie.

Dott. Virginio Porta. — Negli acromegalici « attivi » il carico alimentare di grassi provoca un esagerato aumento dei corpi chetonici del sangue, e iperglicemia; in quelli stazionari l'andamento della chetonemia è normale; nelle sindromi ipopituitariche da tumore soprasellare si osserva un andamento inverso (diminuzione) delle curve chetonemica e glicemica.

Il Segretario: L. Gallone.

Società Medica di Bologna.

Adunanza scientifica del 31 maggio 1935.

Presidente: Prof. G. Moriani.

Sul giudizio radiologico di pervietà della pleura.

G. G. Palmieri. — Passati in rassegna i vari metodi radiologici, compresa la roentgenchimografia, sui quali fin qui si è tentato il giudizio di pervietà della pleura, prima di un pnx terapeutico, l'O. espone i risultati del metodo radiografico, mediante l'uso della proiezione cranio-dorso-ventrale, proposta vari anni addietro dall'O. stesso. Con tale proiezione gli spazi intercostali si veggono, ai margini del polmone aereato, liberi dalla sovrapposizione delle coste e qui esiste una stria opaca, molto esile (stria opaca limitante del Correra). Dopo aver discusso intorno all'interpretazione di questa stria, l'O., sulla scorta di osservazioni proprie e di altre, del Faravelli e del Baglioni, dimostra che quando la pleura è normale la detta stria si presenta sottile ed omogenea: mentre, in caso di sinfisi pleurica, vi si scorgono delle sfrangiature, delle sfumature oppure delle ineguaglianze o delle discontinuità brusche, le quali rivelano la presenza di cotenne.

I tentativi di pnx terapeutico hanno dato, in molteplici casi, una riprova dell'attendibilità di questi segni.

Bradiritmia ventricolare permanente con accessi di tachisistologia auricolare. Ritorno transitorio al ritmo normale. Ancora sulla dottrina del doppio comando.

Guido Dagnini. — L'O. presenta un caso in cui l'indagine elettrocardiografica rivelò la presenza di una successione ritmica di ventricologrammi senza alcun segno di attività atriale.

Questo ritmo era di quando in quando interrotto da un accesso di « flutter ».

L'O. dopo avere discusso varie ipotesi, ritiene che debba trattarsi di un profondo disturbo della conducibilità e della eccitabilità della muscolatura atriale, che ha determinato l'insorgenza di un ritmo septale o ventricolare.

Il cancro del collo uterino dopo isterectomia sub-totale dal punto di vista del radio-terapista.

V. Bollini. — L'O. ricorda le numerose statistiche di ginecologi e di radioterapisti sulla frequenza del cancro del collo-moncone e ne critica l'attendibilità. Dimostra che l'evenienza del cancro del collo dopo il trattamento radiante dei fibromiomi e delle forme infiammatorie utero-annessiali è più rara di quanto non la si osservi dopo l'isterectomia subtotale, e cade quindi un'accusa, da taluno lanciata senza sufficiente base statistica, alla radioterapia e cioè di poter trasformare tumori benigni dell'utero in maligni.

Si intrattiene sulla difficoltà del trattamento del cancro del collo dopo la subtotale, inerenti sia alle particolari condizioni biologiche, sia alle modificazioni anatomo-topografiche cagionate dall'operazione.

Espone i risultati ottenuti su sette casi inoperabili di questa forma morbosa osservati nell'Istituto del Radio di Bologna dal 1931 al 1933.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Nuovo metodo di esame del pancreas con la palpazione.

Per facilitare la palpazione del pancreas che allo stato normale è molto difficile a causa della situazione profonda dell'organo e del frequente ostacolo prodotto dalla contrazione della parete addominale, G. V. Grott (*Rinascenza Medica*, 31 maggio 1935) propone un nuovo metodo di esame. Il malato sta coricato orizzontale sul dorso, le gambe flesse, la testa e la parte superiore del tronco leggermente sollevate. Sotto il rachide lombare vien posto un cilindro o un sacchetto di sabbia di cm. 6-8 di spessore. Si procede quindi alla palpazione disponendo la mano destra sulla parete addominale con le dita leggermente flesse ad uncino, appena oltrepassato il margine esterno del m. retto di sinistra. Con la mano sinistra si pratica una pressione sulla destra per arrivare al fondo della cavità addominale, quindi si sposta verso la linea mediana con tutta la larghezza della palma, il margine esterno del m. retto di sinistra e si cerca di avvicinare le dita della mano esploratrice verso la superficie laterale del rachide: quivi la palpazione può risvegliare dolore in seguito alla compressione dell'organo leso contro la base dura della superficie laterale del rachide stesso. Nello stesso tempo si cercherà di sentire il pancreas sotto la forma di un cilindro appiattito.

La palpazione del pancreas deve essere cominciata in prossimità dell'organo e non nella regione corrispondente ad esso. Il sintoma del dolore alla pressione ha un valore pratico notevole, perchè se i tumori accessibili alla palpazione sono rari, occorre molto più spesso di riscontrare delle tumefazioni dell'organo, di natura infiammatoria, allo stato di semplice congestione. VICENTINI.

CASISTICA E TERAPIA.

Infarto e gangrena dell'utero da soluzione saponosa.

La soluzione di sapone viene talora usata a scopo abortivo ed, a quanto sembra, più in Francia che in Germania. Mondor, Lamy e Leroy (*Presse méd.*, 1935, n. 20) segnalano dei casi di infarto dell'utero avutosi per tale causa, ma non si ritengono sicuri che la sua genesi sia da riferirsi direttamente alla causticazione da parte della soluzione stessa, oppure indirettamente per trombosi vasale.

La diagnosi è per lo più difficile ed il quadro clinico sembra deporre per una forma di peritonite postabortiva; soltanto pochi casi possono essere salvati con l'intervento. La morte si ha per lo più in seguito a tossiemia ed anuria o, più tardi, per infezione secondaria.

Un segno diagnostico importante è il forte ingrossamento dell'utero non corrispondente all'epoca della gravidanza. Gli AA. non ritengono che il sapone sia la sola causa della setticemia emolitica in cui la morte non avviene per blocco del rene. *fil.*

Il pneumoperitoneo nella iperemesi gravidica.

V. Monaldi e L. Praloran (*Clinica Ostetrica*, aprile 1935) in una donna di 25 anni con grave iperemesi, in cui le varie cure tentate (opoterapia, riposo assoluto, digiuno continuato) non avevano dato alcun risultato mentre lo stato generale, aggravato dalla presenza di tubercolosi, andava sempre più scadendo, hanno tentato il pneumoperitoneo, con la tecnica usata per la cura della tubercolosi intestinale.

Introduzione per 4 giorni consecutivi di 300-350 cmc. di ossigeno; i sintomi rimettono, sicchè viene sospeso il trattamento. Una settimana dopo, la sindrome si ripresenta (radiologicamente si è osservato il totale riassorbimento del gas) ed il trattamento si riprende, continuandolo ad intervalli di 3-7 giorni per un mese; la sindrome scompare del tutto e non si ripresenta più. *fil.*

Le iniezioni sottocutanee di ossigeno nella pratica ostetrica.

C. Merletti (*Clinica Ostetrica*, maggio 1935) illustra le diverse contingenze cliniche in cui l'ostetrico può giovarsi delle iniezioni ipodermiche di ossigeno.

Le indicazioni per il suo uso sono molto numerose, a cominciare dall'asfissia del neonato, in cui si introdurranno 100 cmc.; in tali casi, l'ossigeno, accanto alla respirazione artificiale e la lobelina potrà salvare molte vite.

Utili sono le iniezioni di ossigeno nello « shock » postoperatorio. La loro azione cardiocinetica si esplicherà specialmente nelle partorienti cardiopatiche, in quel momento tanto pericoloso che è il parto. Non trascurabile è l'azione emostatica, ma soprattutto importante è quella disintossicante nell'eclampsia; l'iniezione di due o più litri di ossigeno fa diminuire la cianosi, il respiro si fa più profondo e regolare, la cefalea diminuisce, il sensorio si fa più libero, la diuresi più attiva.

L'A., invece dell'ossigenatore di Bayeux, troppo costoso, usa un dispositivo da lui ideato che permette la graduazione della pressione del gas, la sua filtrazione e ne misura con sufficiente approssimazione la quantità introdotta sotto cute. *fil.*

L'emorettoclisi nelle distrofie del lattante.

M. Carrara (*La Pediatria*, 1 giugno 1935), in seguito ai risultati ottenuti con le ripetute rettoclisi di sangue nelle distrofie del lattante, ritiene di poter raccomandare questo mezzo terapeutico nei diversi stati distrofici, quando si giudichi necessario di procedere ad un'attivazione del protoplasma. Per la duplice azione (locale e generale) svolta dal sangue introdotto per via rettale, l'A. è inoltre del parere che la emorettoclisi debba preferirsi agli altri metodi di emoterapia finora in uso negli stati distrofici.

La tecnica usata è la seguente. Aspirazione del sangue materno, che viene mescolato con una soluzione di citrato di sodio al 2 ½ %, in proporzione di una parte di quest'ultima con nove di sangue. Previo clistere evacuativo, con una sottile Nélaton spinta nel retto per 20-25 cm., si inietta lentamente il sangue citratato. Il catetere viene poi estratto con un colpo secco molto rapidamente. Con un tampone di garza spalmato di vasellina, si occlude l'orificio anale e si fissano saldamente le natiche con 2-3 striscie di cerotto.

La quantità di sangue varia; sono sufficienti le dosi progressive di 10-50 cmc., ripetute ogni giorno per 6-8 volte. Di sòlito, il sangue viene trattenuto bene; talvolta però, se il bambino è irrequieto, si hanno premiti ed il sangue stesso fuoriesce a spruzzo. In tal caso, è meglio rimandare di qualche ora o di qualche giorno l'introduzione. È opportuno scegliere le ore della sera, in cui il bambino è più calmo. Nei casi di forte irrequietezza, si può somministrare qualche goccia della soluzione di solfato di atropina al 1/1000 o del luminal sodico (2-5 cg.) un paio d'ore prima di eseguire l'emorettoclisi. *fil.*

L'emetina nell'ascesso polmonare.

H. Wamsteker (*Nederlansch Tijdsch. v. Geneesek.*, 8 giugno 1935) anche in base a varie osservazioni personali che riporta, rileva l'efficacia del cloridrato di emetina nell'ascesso polmonare acuto. Tale cura va incominciata al più presto. In alcuni casi, l'ascesso polmonare guarisce rapidamente e completamente. Negli altri, in cui sembra avere minore efficacia. (il che non si può prevedere), è consigliabile ricorrere ad altri medicamenti, fra cui l'A. dà la preferenza al salvarsan. Accanto a questa terapia, si metteranno in opera tutti i mezzi per favorire l'espettorazione; se questa è molto abbondante, l'A. consiglia di limitarla mediante cura di sete.

La dose di cloridrato di emetina generalmente usata è di 50 mg., arrivando, per tutta la cura, ad un totale di 500-750.

Se la cura si dimostra inefficace entro i tre mesi, si ricorrerà ad altri mezzi, quali la broncoscopia e l'intervento chirurgico. L'emetina è inefficace nell'ascesso polmonare cronico. *fil.*

Le lavature della pleura.

In una recente monografia sull'argomento (Masson ed. Parigi) P. Weiller osserva che questo metodo, pure avendo suscitato delle critiche acerbe, ha dei vantaggi incontestabili; non presenta pericoli di sorta, è applicabile all'adulto come al bambino ed ha talora effetti brillanti.

Il trattamento va applicato al piotorace maligno puro o complicato da associazioni microbiche, ai versamenti batteriologicamente infettati, nelle pleuriti purulente complicate da fistola parietale, nei versamenti puriformi recidivanti e negli ascessi freddi pleurici. È inutile nelle pleuriti operate con pleurotomia, nelle pleuriti putride e delle pleuriti sierofibrinose recidivanti. È controindicato nelle pleuriti con sepimenti che distinguono varie piccole logge pleuriche purulente.

La tecnica è semplice. Applicazione di due trequarti, uno anteriore che dà la pressione pluerica ed un posteriore, oppure un trequarti a tre vie. Sono usati varî liquidi (permanganato di potassio, blu di metilene a 1/100 o 5/100, violetto di genziana a 1/5000 fino a 1/100, liquido di Dakin, glicerina jodoformica, acqua di calce, ecc.). L'A. utilizza anzitutto la soluzione jodo-jodurata di Jessen; in caso di insuccesso, il siero glucosato isotonico, eventualmente alterando in due; se il pus contiene pneumococchi, soluzione di optochina.

Il liquido di Jessen è composto con jodio g. 0,5; joduro di potassio g. 1,0; acqua ster. litri 4. Prima dell'introduzione, la soluzione va riscaldata a 38°. *fil.*

Le nevrosi tachicardiche.

Gli individui che ne sono affetti sono dei funzionali puri, che seguiti per anni non mostrano mai segni di insufficienza cardiaca. Il loro errore è quello di considerarsi come cardiaci e di imporsi un'esistenza sedentaria. Quindi, non prescrivere mai un riposo assoluto, che costituirebbe un fattore di aggravamento. Il medico dovrà agire con potenza di affermazione; ordinare vita attiva, la marcia, la ginnastica svedese; evitare però la fatica, che può essere pure una causa di aggravamento.

Tutto quanto aiuta i malati ad uscire dalla loro ossessione li calma e li solleva.

Fra i medicamenti, è consigliabile la sparteina, unita a deboli dosi di chinina:

Solf. di sparteina . . . . cg. 2
Bromidrato di chinina . . . cg. 1
Estr. di valeriana q.b. per una pillola
Di tali N. 3P

Da prenderne una prima dei pasti della sera.

Consigliabili anche il Crataegus, la valeriana, la passiflorina, tutti antinervini banali ed innocenti. Maggiori riserve per i depressivi,

(bromuro, gardenal) ed i tossici (eserina). Il tubo gastro-intestinale va sorvegliato e la costipazione combattuta. Utili le polveri magnesio-bismuto. (*Journ. praticiens*, 25 febb. 1935).

fil.

I bagni carbo-gassosi nelle forme cardio-vascolari.

La terapia balneare di alcune forme cardio-vascolari con acque carbo-gassose, sostenuta in base all'osservazione clinica, è fondata oggi su dati sperimentali; le ricerche odierne hanno potuto confermare i risultati ottenuti e precisare l'indicazione della terapia, secondo la termalità delle acque ed il contenuto in acido carbonico.

C. Papp (*Cuore e Circolazione*, maggio 1935) in un ampio lavoro studia il meccanismo di azione dei bagni carbo-gassosi naturali e la loro valutazione curativa in determinate forme cardio-vascolari. Ha fatto le sue ricerche con la sorgente Silente, Bagni di Chianciano, in 63 malati di ipertensione arteriosa essenziale e di affezioni coronariche, nonchè in qualche altro caso di altre affezioni cardio-vascolari.

Rimandando al lavoro originale per i particolari sulle ricerche i quali sono essenziali per l'applicazione del metodo, si può dire che dalle osservazioni dell'A. risulta confermato l'effetto ottimo dei bagni carbo-gassosi naturali nelle affezioni trattate. Il risultato dipende essenzialmente dalla scelta dei casi, in modo da escludere quelli che hanno segni anche minimi di scompenso.

Oltre all'azione diretta sul sistema circolatorio (abbassamento della pressione degli ipertesi, notevole miglioramento dei dolori anginosi, ecc.) tali bagni agiscono sull'organismo in generale e danno un senso di benessere, che non può essere ottenuto da cure medicamentose, rivolte esclusivamente a migliorare le condizioni circolatorie.

La prescrizione deve essere individuale e la cura richiede una continua osservazione dei malati, estesa anche all'esame radiologico ed elettrocardiografico. *fil.*

FORMULARIO.

Applicazioni locali nello zona.

A. Sèzart consiglia di cospargere l'eruzione con una polvere grassa, come:

Talco . . . . gr. 80
Stearato di magnesio
Vaselina liquida . . ana gr. 10

Se le vescicole sono rotte, applicare la crema di Alibour:

Solfato di rame
Solfato di zinco . . . ana cg. 5
Acqua distillata . . . . cmc. 5
Lanolina
Vaselina . . . . . ana gr. 10

Nella stomatite ulcerosa e gangrenosa.

I. Krasnogorski (*Kinderärzt. Praxis* e *Med. Klinik*, 17 maggio 1935), ritiene che tale forma sia essenzialmente dovuta a carenza di vitamine C ed A e raccomanda di somministrare del succo di cavolo o di arancia (300-400 g.) con 300 cmc. di panna fresca e 400 g. di giuncata. Nella convalescenza, aggiunta di fegato di vitello fresco.

fil.

VARIA

La carta oleata alle finestre.

Presso di noi le impannate di carta oleata si usano solo dalle famiglie più povere; nell'estremo Oriente invece sono diffusissime. Ora i medici cinesi hanno rilevato che la carta, in specie se oleata, si lascia attraversare dai raggi ultravioletti, i quali, invece, notoriamente sono intercettati dal vetro comune. Perciò la carta sarebbe decisamente superiore al vetro nei riguardi igienici.

È stato dunque deciso in Cina di sostituire la carta al vetro nei sanatori per tubercolotici e nei pedocomi; per tal modo, oltre a conseguire un beneficio terapeutico, si realizzerebbe una economia notevole, eliminandosi l'importazione dei vetri, che ora in Cina provengono dall'Occidente.

Com'è noto, i raggi ultra-violetti attraversano anche alcune specie di vetri e di materiali trasparenti fabbricati di recente e di cui si è preconizzato l'impiego a scopi igienico-sanitari (così il « vitaglass » e il « bicella »).

V. V.

(Da « Igea », allegato agli « Ann. d'Igiene », 1935, n. 4).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. GUERRINI. *A propos de l'action des lumières monochromatiques sur les putrefactions et sur les fermentations determinés in vitro par le « Bac. Proteus vulgaris ».* — Ind. Grafiche Stucchi, Milano, 1934.

C. CUCCODORO. *In tema di leucemia a monociti.* — Tip. S.I.T.A., Ancona.

C. CUCCODORO. *Esperimenti pratici di trattamento vitaminico del morbillo.* — F.lli Pallotta Roma, 1935.

G. GUERRINI. *Sull'azione combinata delle luci monocromatiche e delle sostanze fotodinamiche sul potere fermentativo del Saccaromices cerevisiae.* — Ind. Grafiche A. Nicola, Varese, 1934.

D. PAZZANESE e J. CABELO CAMPOS. *Estudio comparativo dos diversos metodos quimograficos.* — Tip. Scheliga, S. Paulo, 1934.

G. L. LUCANGELI. *Per una razionale terapia fosforica e calcica.* — Tip. Perego, Milano, 1935.

D. PAZZANESE. *Estudo radio-kymographico do coracao.* — Revista da Sociedade de Medicina y Cirurgia, Rio de Janeiro, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Commissioni giudicatrici dei concorsi alle cattedre universitarie.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale ha nominato le Commissioni giudicatrici dei concorsi a Cattedre universitarie, banditi quest'anno.

Le Commissioni per le materie di medicina sono costituite dai seguenti professori:

Igiene e polizia medica, R. Università di Parma: Donato Ottolenghi, Dante De Blasi, Oddo Casagrandi, Giovanni Petragnani, Luigi Piras.

Medicina legale, R. Università di Parma: Ruggero Romanese, Domenico Mirto, Giuseppe Moriani, Giuseppe Falco, Amedeo Dalla Volta.

Patologia speciale chirurgica dimostrativa, R. Università di Torino: Ottorino Uffreduzzi, Giovanni Razzaboni, Fedele Fedeli, Roberto Alessandri, Mario Donati.

Patologia speciale medica e semeiotica, R. Università di Modena: Pietro Sisto, Antonio Gasbarrini, Nicola Pende, Cesare Frugoni, Francesco Galdi.

Cronaca del movimento professionale.

Gli ufficiali medici in congedo possono farsi richiamare.

Gli ufficiali medici delle categorie in congedo che desiderano eventualmente prestare la propria opera presso le truppe mobilitate per l'A. O., potranno presentare ai comandi militari da cui dipendono, le relative domande. Queste saranno immediatamente segnalate al Ministero della Guerra che farà, nel più breve tempo, le conseguenti comunicazioni agli interessati.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

In conformità alle disposizioni di legge, in ubbidienza al Decreto Ministeriale 15 aprile 1935, entro il mese di maggio sono stati banditi dalle RR. Prefetture i concorsi ai posti vacanti il 30 aprile per i posti di sanitari condotti, ufficiali sanitari, uffici d'igiene e sanità, laboratori provinciali d'igiene e profilassi.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, che devono essere affissi nell'Albo Pretorio della Prefettura che li indìce e dei Comuni interessati, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Rovigo 30 luglio; Campobasso, Cosenza, Foggia, Parma 31 luglio; Mantova 8 agosto; Perugia, Reggio Emilia, Trieste, Udine 10 agosto; Savona 14 agosto; Belluno, Cagliari, Enna, Gorizia, Novara 15 agosto; Viterbo 16 agosto; Bergamo, Brindisi, Matera, Varese 20 agosto; Avellino 22 agosto; Benevento 25 agosto; Grosseto 27 agosto; Ragusa 29 agosto; Bologna, Milano 30 agosto; Alessandria, Brescia, Ferrara, La Spezia, Pescara, Piacenza, Ravenna, Rieti, Roma, Siracusa, Teramo, Torino, Treviso, Vercelli, Verona 31 agosto.

Facciamo anche seguire alcuni altri brevi annunzi.

Ancona. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Scad. 31 luglio, ore 18; primario di traumatologia e ortopedia; età limite 45 anni al 25 giugno; L. 5000 e partecipaz. 12 %; chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

Arezzo. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 20 agosto; direttori di 3 Sezioni dispensariali; stip. L. 3000, L. 2500 e L. 2500; 5 quadrienni decimo; età limite 40 anni al 20 giugno; tassa L. 50,05. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia).

Ferrara. *Arcispedale S. Anna.* — Scad. 31 luglio, ore 18; specialista otorinolaringoiatra; età lim. 45 anni alla chiusura del concorso; titoli; documenti a 3 mesi dal 18 giugno; stip. L. 6000, percentuali; diritto di libero esercizio. Chiedere annunzio alla Direzione amministrativa, corso Giovecca 203.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorsi, per titoli ed esami, ai seguenti posti nel Sanatorio Vitt. Em. III in Garbagnate Milanese: *a*) medico primario specialista, stip. L. 7850, indenn. trasferta L. 2500 ecc.; *b*) due medici assistenti, stip. L. 6100, indenn. resid. L. 1500, guardie L. 20 ecc.; *c*) un prosettore, stip. L. 7300, oltre L. 2000 indenn. trasferta ecc.; per i posti *a*) e *c*) orario limitato. Tassa L. 50. Chiedere annunzio. Scad. ore 16 del 30 settembre. Domande e documenti all'Ufficio di Protocollo del Consiglio, via Ospedale 5, Milano; per informazioni rivolgersi alla direzione del Sanatorio.

Milano. *R. Prefettura.* — Concorso per 5 posti di Ufficiale Sanitario nei Consorzi di Abbiategrasso ed Uniti, Magenta ed Uniti, Melegnano ed Uniti, S. Angelo ed Uniti e nel Comune di Monza. Stipendio pei Consorzi L. 18.000 più L. 5000 indennità mezzo di trasporto, 5 aumenti quadriennali del decimo; per Monza L. 13.000 più L. 4000 di servizio attivo. Scadenza ore 18 del 30 agosto 1935-XIII. Chiedere bando alla R. Prefettura di Milano, Ufficio Sanitario.

Milano. *R. Prefettura.* — Scad. 30 agosto, ore 18; 19 posti di medico condotto. Chiedere bando all'Ufficio sanitario.

Pavia. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 15 agosto, ore 17; secondo assistente presso l'Istituto elioterapico Vitt. Em. III in Bussana di S. Remo; stip. L. 8000. oltre L. 1500 serv. att., alloggio, vitto; 2 bienni ventesimo; età limite 35 a.; chiedere annunzio.

Pontedera (*Pisa*). *Spedale Lotti.* — Scad. 20 luglio, ore 17; medico chirurgo aiuto; titoli; stipendio L. 6000 lorde; 30 giorni di congedo annuo; anno di prova e due conferme biennali; età limite 29 anni al 20 maggio; tassa d'esame L. 35,10, alla Tesoreria; documenti non anteriori di 3 mesi al 20 maggio; servizio entro 15 giorni dalla partecipaz. di nomina. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Pesaro II, Riccione, Loreto, Macerata II, Spoleto (Ancona); Chiusi II, Pistoia II, Prato II, Pontassieve I, Altopascio, Castelfiorentino, San Cassiano, Frassineto, Firenze IV, Firenze VIII, Firenze X (Firenze); Taurasi (Foggia); Predosa, Genova Rivarolo II, Genova Rivarolo III, Diano Marina (Genova); Gallarate, Rovato, Treviglio, Lambrate, S. Zeno Folzano (Milano); Palermo IV, Palermo VI, Porto Empedocle I, Castronovo (Palermo); Carsoli, Castel di Sangro, Gallese, Roma I, Roma II, Roma IV, Roma VI, Roma X, Roma XIII, Roma XVI, Tarquinia II (Roma); S. Antonino di Susa, Casale Monferrato II (Torino); Verona IV, Venezia IV, Sambonifacio, Casarsa, Meolo, Venezia II (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentisi). Scadenza ore 17 del 31 luglio 1935-XIII.

BORDIGHERA-SAN REMO, cedesi avviata pratica medica, prelievo impianti moderni, eventualmente apparecchi, mobilia ecc., causa trasferimento fuori provincia. Miti pretese. Scrivere Dott. Cav. G. Piazza, Bordighera.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla cattedra di neuropsichiatria della R. Università di Genova, resasi vacante per la chiamata a Roma del prof. Ugo Cerletti, è stato chiamato da Cagliari il prof. Lionello De-Lisi.

Il prof. Mario Reale è nominato, in esito a concorso, direttore del Sanatorio di Sassari dell'I. N. F. P. S.

Padre Agostino Gemelli, rettore dell'Università Cattolica di Milano, è nominato presidente della Pontificia Accademia delle Scienze dei Nuovi Lincei, in sostituzione del compianto padre Gianfranceschi.

Il premio F. Sereni, per laureati in medicina dall'Università di Roma durante gli anni accademici 1933-34 e 1934-35, dell'importo di L. 2000, è stato vinto dal dott. Erminio Carlinfanti per la tesi di laurea: « La dottrina dei sottogruppi sanguigni dal punto di vista biologico e clinico. Nuovi extraricettori rivelati con esperienze immunitarie ». Rallegramenti cordiali al giovane e valente studioso.

Il prof. comm. Eduardo Calandra è nominato commissario dell'Ordine dei Medici della Provincia di Palermo.

Il prof. Osvaldo Polimanti, direttore dell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Perugia, è stato invitato dal Comitato organizzatore, a prender parte al Congresso internazionale di Fisiologia che si terrà a Mosca nel prossimo agosto.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Gualtiero Pancrazi, in anatomia topografica; Ausonio Masia, in clinica dermosifilopatica; Luisa Chiuminatto, in odontoiatria e protesi dentaria; Mario Volterra, in clinica medica; Michele Laporta, in fisiologia sperimentale; Antonio Chiatellino, Augusto Michelazzi, Antonino Panagia, Leone Paolazzi, Ranunzio Scotti Douglas, Mario Sigon, Pietro Stefanutti, in patologia speciale medica.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Bergamo.

Convegno ortopedico traumatologico.

Ha avuto luogo il 16 giugno u. s. in occasione del cinquantesimo anniversario della Fondazione dell'Istituto Ortopedico Matteo Rota e dell'inaugurazione del nuovo Reparto operatorio, ed ha avuto grande successo.

Alle cerimonie di inaugurazione e di apertura del Convegno hanno partecipato le Autorità cittadine con a capo il Prefetto, S. E. barone La Via, il Segretario Federale Antonio Valli, il Vescovo mons. Bernareggi, il podestà Carillo Pesenti, il preside della Provincia ing. Radici; ed una folla di notabilità, di medici della Provincia, di cittadini.

Tra le numerosissime adesioni notate quella di S. E. Suardo, del sen. marchese De Capitani d'Arzago, e quelle di tutti i presidenti degli Enti cittadini. Tra i chirurghi ortopedici d'Italia che non avevano potuto intervenire notate le cordiali adesioni dei proff. De Gaetano, Putti, Dalla Vedova, Donati, Bastianelli, Scarlini, Comisso e molti altri.

Dopo le relazioni svolte dal presidente dell'Istituto, dott. Mazzoleni e dal primario direttore prof. Nastrucci che hanno sinteticamente tracciato la storia dell'Istituto sorto per la volontà creatrice del dott. Matteo Rota, ed il suo graduale potenziamento, il Convegno ha avuto inizio sotto la presidenza del sen. prof. Guaccero e del prof. Galeazzi.

Nella seduta antimeridiana si sono svolti i seguenti temi di comunicazione:

Guaccero, Bari: I nuovi orientamenti dell'ortopedia e la legge sulla denunzia obbligatoria degli infanti nati deformi e delle lesioni causanti invalidità al lavoro a carattere permanente.

Galeazzi, Milano: Il piede valgo, deformità congenita di Volkmann e la sua terapia.

Camera, Torino: La resezione di cartilagini di coniugazione nel trattamento delle differenze progressive di lunghezza degli arti inferiori.

Faldini, Parma: Rara forma di tumore della tibia.

Zanoli, Pietra Ligure: Auto-trapianto osseo pro metacarpo.

Nella seduta del pomeriggio si sono svolte, all'inizio, le nove comunicazioni su argomenti di tubercolosi chirurgica degli allievi di Zanoli.

La scuola di Milano coi proff. Albanese, Poli, Giraudi, Marziani e dottori Viganò e Longhi, ha svolto vari temi di ortopedia, di radiologia e di tecnica operatoria ortopedica.

Il prof. Vignolo di Genova ha presentato un nuovo letto per fratture del rachide, Baj di Torino un metodo di ricostruzione del cotile, Pachner di Torino un argomento interessante di meccanica fisiologica del piede nelle fratture del calcagno, Bonola di Firenze un esame degli aspetti radiografici degli ematomi mediastinici nelle fratture del rachide dorsale, Bocchi di Parma un tumore raro del radio, Lapidari di Milano uno studio nelle fratture di clavicola, e Fusari di Torino un dermoide del muscolo temporale.

Il prof. Feci di Bergamo ha trattato dell'osteocondrite dissecante del ginocchio ed i suoi assistenti dott. Colombo dei reperti radiografici vertebrali nelle sindromi ischialgiche e dott. Timpano della cura della periartrite scapolo-omerale.

Degli assistenti dell'Istituto Ortopedico di Bergamo, il dott. Moretti ha presentato degli autotrapianti in piede tubercoloso ed il dott. Leni uno studio sul piede reflesso ed uno su una forma rara di tubercolosi del gomito.

Il dott. Dusi di Brescia ha presentato una sindrome epilettica in lussata d'anca, il dott. Paganoni di Bergamo un caso di epicondiloidite del gomito, ed il dott. Mancini di Valdoltra uno studio radiografico degli psoas nel Pott lombare.

Le varie e numerose comunicazioni sono state seguite da discussioni ampie, cui hanno preso parte i proff. Bargellini di Torino, Mezzari di Trieste, Lavermicocca di Torino e il dott. Casuccio di Valdottra.

N. G.

NOTIZIE DIVERSE

9° Congresso internazionale di dermatologia.

Come abbiamo già detto, avrà luogo a Budapest dal 13 al 21 settembre 1935 sotto la presidenza del prof. Louis Nékam, direttore della Clinica dermatologica di quella città.

Le lingue ufficiali sono: il francese, l'inglese, l'italiano ed il tedesco. Contemporaneamente al Congresso internazionale terrà le sue sedute, il 14 settembre, l'« Unione internazionale contro il pericolo venereo ».

Nei primi due giorni del Congresso si riuniranno le particolari Commissioni e Conferenze, che, costituite dai membri di ciascuna nazione, svolgeranno il lavoro a ciascuna assegnato. Le conferenze, in numero di 4, riguardano: lo studio della tuber colosi cutanea come malattia popolare; lo studio delle questioni inerenti alla difesa contro le malattie veneree; l'importanza sociale delle malattie professionali della pelle; dermatovenereologia comparata.

Verranno trattati al Congresso i temi seguenti: Studi moderni sulle funzioni della pelle; Reciprocità, correlazione ed antagonismo fra pelle ed organi interni; L'importanza dell'allergia in dermatologia e sifilologia; Disturbi del metabolismo in dermatologia (incluse l'avitaminosi e le dermatosi d'origine endocrina); L'importanza delle influenze esterne sulla forma e sul numero delle malattie cutanee; Virus filtrabili e loro importanza nell'etiologia delle malattie cutanee; Nuove ricerche sulla patologia della tubercolosi; La terapia medica ed immunobiologica non specifica della sifilide; I criterî della guarigione della sifilide.

Fanno parte delle Commissioni e delle Conferenze per l'Italia i proff. Mario Truffi di Padova, Giuseppe Mariani di Bari, Ludovico Tommasi di Palermo, G. B. Fiocco di Venezia, Jader Cappelli di Firenze, P. Cerutti di Padova, E. Balbi di Alessandria.

Sono relatori e correlatori per l'Italia i proff. A. Pasini di Milano, F. Flarer di Catania, G. Bertaccini di Siena, L. Tommasi di Palermo ed altri.

Vi saranno inoltre conferenze su questioni di attualità nel campo dermatovenereologico, tenute da spiccate personalità.

Durante il congresso verranno presentati casi clinici particolarmente interessanti e vi sarà pure un'esposizione di modelli, apparecchi scientifici, specialità medicinali ecc.

Per partecipare al Congresso occorre presentare domanda al Segretario Naz. per l'Italia presso la Clinica dermosifilopatica di Padova fino al 1° agosto 1935.

* * *

Sotto il patrocinio della Segreteria per l'Italia del IX Congresso Internazionale Dermatologico, è stato indetto un viaggio in comitiva per i partecipanti italiani ed i propri famigliari. L'organizzazione del viaggio stesso è stata affidata alla Compagnia Italiana Turismo CIT, Ufficio di Padova.

Per informazioni dettagliate e iscrizioni gli interessati potranno rivolgersi al prof. Mario Truffi, segretario per l'Italia del Congresso, oppure all'Ufficio CIT di Padova e a tutti gli Uffici CIT d'Italia.

Il viaggio si svolgerà da e per Venezia, dal 14 al 25 settembre; quota di partecipazione L. 680 a persona; per una gita facoltativa a Vienna L. 350. Importo supplementare per partenti con 2 giorni di anticipo L. 80.

Questi prezzi sono calcolati per i servizi in Ungheria al cambio attuale del pengo registrato e utilizzando tutte le combinazioni vantaggiose e le riduzioni accordate dagli alberghi e dalle varie amministrazioni ferroviarie (viaggio in 2ª classe).

È stata ottenuta la concessione del passaporto collettivo sul quale potranno essere iscritti i partecipanti con le modalità indicate nel programma a stampa e mediante il pagamento di L. 20.

11° Congresso internazionale per la tutela dell'infanzia.

In occasione dell'Esposizione universale internazionale di Bruxelles, il Governo belga ha pregato l'Associazione internazionale per la protezione dell'infanzia di tenere la sua 11ª sessione in questa città. La riunione assumerà il carattere di un congresso internazionale; si terrà dal 18 al 21 luglio e sarà solennemente inaugurata alla presenza di S. M. la Regina. Temi all'ordine del giorno sono: « La tutela del fanciullo in campagna dal punto di vista medico, giuridico, pedagogico, sociale »; « Gli effetti della crisi economica e della disoccupazione sui fanciulli e sugli adolescenti. Metodi d'inchiesta dal punto di vista medico, giuridico, pedagogico, sociale ».

Saranno pure esaminati dei problemi che interessano particolarmente le Sezioni nazionali dell'Associazione.

Questa si propone di organizzare, durante il congresso, al difuori delle sedute ufficiali, dei seminari di studio, in cui potranno essere discussi i più importanti di tali problemi.

I lavori saranno divisi in Sezioni.

Rivolgersi a: Secrétariat général de l'Association internationale pour la protection de l'enfance, avenue de la Toison-d'Or 67, Bruxelles, Belgio.

Società italiana di ematologia.

Il 23 giugno si è tenuta a Pavia la prima seduta della Società Italiana di Ematologia. Il presidente, prof. Ferrata, salutando i partecipanti, convenuti da tutte le Università d'Italia, e fra i quali si notavano i proff. sen. Micheli, Zoja, Donati, Cesa Bianchi, Carpi, Lattes, Finzi, Gamna, Sisto, Morone, Galdi, Gasbarrini, ha segnato i compiti del la nuova Società, nel fervore di ricerche e di studi promosso e voluto dal Regime Fascista.

Dopo aver espresso la sua approvazione con unanime applauso al telegramma di omaggio inviato al Duce, l'Assemblea è passata alla discussione delle numerosissime comunicazioni, alla quale

hanno partecipato i proff. Micheli, Ferrata, Donati, Foà, Villa, Dalla Volta, Introzzi, ecc.

La Società quindi si è recata a Salice ove con la guida del sen. Devoto ha visitato la « Carta del Lavoro », il magnifico Istituto dedicato alla cura degli operai colpiti da malattie professionali, per poi riprendere nel pomeriggio le sue discussioni in Pavia.

Alla chiusura dei lavori vennero inviati telegrammi di omaggio al Ministro dell'Educazione Nazionale ed al Segretario del Partito.

6° Congresso medico turco.

Il 6° Congresso medico nazionale turco si adunerà ad Angora verso la fine di ottobre, sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica, Kamal Ataturk, e sotto la presidenza del Presidente del Consiglio dei Ministri, Ismet Inönü, e del Ministro della Sanità e dell'Assistenza Sociale, prof. Refik Saydam. Temi generali: I reumatismi; Le tossicomanie. Per quanto riguarda i lavori del congresso rivolgersi al segretario generale prof. Fahrettin Kerim, boulevard Angora 15, Istambul, Turchia.

Il Sanatorio di Busto e la Scuola professionale di Camerlata.

Il 23 giugno l'Istituto nazionale fascista della previdenza ha inaugurato il suo nuovo grande Sanatorio di Busto Arsizio — il trentaduesimo — e la nuova sede della Scuola professionale, annessa al Sanatorio di Camerlata.

L'on. Bruno Biagi, presidente dell'Istituto, ha voluto presenziare alle due cerimonie, alle quali sono intervenute in gran numero autorità e rappresentanze dei due centri.

Il Sanatorio di Busto Arsizio — capace di ospitare 290 ammalati e nel quale dal 23 giugno stesso già molti vi sono allogati e sistemati — è una costruzione modello, a tre piani, con terrazze coperte e scoperte, con ambienti ampi ed ariosi, con gabinetti di cura, provveduti del materiale più moderno. Vi possono stare uomini e donne, in sezioni ben distinte e vi si esperimenterà, col tempo, l'assistenza agli adolescenti, in una sezione particolare.

Dopo la benedizione, impartita dal Vicario di Busto, seguì la visita, che lasciò in tutti un'impressione di viva soddisfazione.

Alla cerimonia inaugurale della nuova sede della Scuola, l'on. Biagi pronunziò il discorso inaugurale, diffuso dalla radio, in cui illustrò efficacemente i criterii informativi di tali istituzioni. Si tratta di vere e proprie scuole nelle quali gli ammalati accudiscono ad attività produttive e conservano la pratica capacità tecnica.

Il problema — ha detto l'oratore — è stato posto con tutte le cautele necessarie, perchè non sia mai recato comunque ostacolo al raggiungimento dell'obiettivo fondamentale: la rapida cura e la sollecita guarigione degli ammalati di tubercolosi, per recuperarli al lavoro e quindi alla famiglia ed alla Patria.

La visita alla mostra, nella quale sono stati raccolti i lavori eseguiti nelle varie sezioni, ha provato luminosamente l'utilità e l'opportunità dell'iniziativa così egregiamente attuata. Il prof. Felice Parodi, che dirige la Scuola, si ebbe gli elogi dell'on. Biagi.

Azioni giudiziarie.

L'insegnante Lucia Ricci di Castelfranco Fiorentino si fece visitare dal dott. Dandolo Mattoli di Firenze, specialista in omeopatia, il quale, in seguito alla diagnosi, le prescriveva alcuni medicamenti che egli stesso le consegnava. La signorina denunziò al Procuratore del Re il Mattoli per violazione alla legge sulle farmacie per avere venduto medicinali senza denominazione dei componenti. In giudizio il Mattoli fece rilevare che a Firenze manca una farmacia omeopatica e perciò il medico omeopatico è costretto a fornire direttamente i rimedi, il cui prezzo è compreso nella visita. Il P. M. chiese la condanna del Mattoli, ma il Pretore lo assolse perchè il fatto non costituisce reato.

Il giudice istruttore di Lilla ha rinviato al Tribunale correzionale, sotto l'imputazione di scrocco, il sig. Georges Petit, ex-presidente generale della « Mutuelle du Nord », il quale aveva venduto a questa Mutua un suo terreno, per la costruzione di una Casa di salute chirurgica, facendosi corrispondere franchi 150 al mq., invece di 90, prezzo di stima: ciò gli aveva permesso di percepire 750.000 franchi in più del dovutogli.

Un po' dovunque.

Il Ministero dell'Interno ha affidato ad una Commissione l'incarico di studiare un regolamento unico sanitario da adottarsi in tutti gli Ospedali.

Il termine ultimo per la presentazione delle pubblicazioni per i concorsi a cattedre universitarie è prorogato a tutto il 15 luglio 1935-XIII.

Dal 3 all'8 giugno si è tenuto a Ginevra un Congresso internazionale sui lavori d'igiene pubblica; vi erano rappresentati 45 Paesi. Il prof. A. Ilvento parlò sulla bonifica integrale; il prof. Neri fece una relazione sulla città nuova.

La Sezione Laziale della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi si è adunata il 27 marzo nell'aula delle lezioni dell'Istituto « Carlo Forlanini », sotto la presidenza dell'on. prof. E. Morelli, coadiuvato dal delegato regionale prof. V. Omodei Zorini, presenti una cinquantina di soci. Il prof. Morelli illustrò il programma e gli sviluppi della settimana per la diagnosi precoce e annunziò la pubblicazione di una rivista mensile dei Sanatorî dell'Istituto Naz. Fascista di Previdenza Sociale; il prof. Omodei Zorini espose l'attività della Sezione durante il 1934; seguirono 3 comunicazioni scientifiche.

Il 3° convegno nazionale dei medici italiani artisti si è adunato a Genova dal 22 al 24 giugno, presenti le gerarchie e le autorità locali. Il prof. Bertarelli pronunziò il discorso inaugurale sul tema: « Scienza ed elevazione estetica ed artistica ». Il prof. Sangiorgi tenne una commemorazione belliniana. Ebbero luogo varie comunicazioni e dizioni diversi. Il convegno si chiuse con una gita a Rapallo ove si svolse un concerto ed era stata organizzata una mostra di arti figurative e di fotografie.

S. A. R. la Principessa di Piemonte si è recata alla R. Clinica neurologica di Napoli — diretta dal prof. Fragnito — nella quale, per volere di S. M. la Regina, si è istituito un Centro per la cura dei postumi di encefalite epidemica.

L'amministrazione dell'Università ha deliberato la costruzione di un intero nuovo reparto, destinato agli encefalitici, il quale sarà in grado di accogliere un numero d'infermi triplo dell'attuale.

L'Arcivescovo di Napoli, S. Em. il Cardinale Ascalesi, ha visitato la Clinica Medica diretta dal prof. Boeri, completamente rinnovata e portata alla più alta efficienza dei tempi moderni. Venne ricevuto dal direttore e da varie autorità, tra cui S. E. il Duca Niutta, il Federale avv. Picone e l'on. Morisari. Nell'aula delle lezioni il prof. Boeri rivolse un indirizzo di omaggio all'illustre Presule, che si degnò di rispondere con una commovente allocuzione.

Il Consorzio Provinciale di Palermo per la lotta contro il cancro ha inaugurato, il 10 maggio, un Centro di accertamento nell'Ospedale della Concezione; esso occupa un piccolo padiglione, che non ha carattere definitivo, ma che nonpertanto è organizzato con ogni cura; esso è dotato di una prima quantità di radio concessa dal Ministero dell'Interno.

Si è costituito a Como un Consorzio provinciale per la lotta contro il cancro; ne fanno parte l'Amministrazione provinciale (che verserà al Consorzio un contributo di L. 10.000 annue), i comuni di Como e di Lecco e gli ospedali delle stesse due città.

Con una semplice cerimonia è stata inaugurata a Cesenatico la colonia marina della Federazione Fascista di Bergamo, intitolata a Francesco Baracca. Il magnifico fabbricato sorge lungo il viale Carducci ed è capace di 700 letti. Vi si avvicenderanno tre gruppi: dunque saranno 2100 i bimbi che la Colonia potrà quest'anno ospitare. Contemporaneamente hanno avuto inizio le colonie montane che ospiteranno oltre 500 Balilla e Piccole Italiane. Nelle colonie fluviali e nelle 110 colonie elioterapiche si avvicenderanno 16 mila bimbi. Alla colonia marina di Varazze, sorta dall'opera di un precursore, Teodoro Frizzoni, si avvicenderanno 1350 bimbi. Sarà così un totale di 22.000 bimbi che la Federazione di Bergamo potrà quest'anno aiutare.

Notizie ufficiali recano che nel periodo 1° gennaio - 25 giugno sono deceduti nell'Africa Orientale Italiana, per incidenti di volo, incidenti di vario genere e malattie, 7 ufficiali e 30 fra sottufficiali, caporali e soldati. Ogni compito di civiltà esige sacrifizi e reclama le sue vittime.

La numerosa massa operaia dislocata nell'Africa Orientale ha formato oggetto delle più oculate provvidenze igienico-sanitarie da parte delle nostre autorità. Inoltre il Governo ha voluto che fossero conservati integri i diritti e i benefici che competono nella madre patria ai lavoratori in virtù delle assicurazioni sociali.

Il Governatore generale della Libia, maresciallo Balbo, dopo aver tenuto a rapporto mensile i Commissari provinciali, udito il parere di venti ulema tra i più colti e influenti della Colonia, ha vietato le pratiche di fachirismo — come forarsi le carni, bruciarle con ferri roventi, camminare sui tizzoni accesi, ingoiare animali velenosi, vetri rotti, chiodi, foglie di cactus, applicare anelli attraverso il setto nasale di bambini ecc. — pratiche contrastanti con i principii della morale e della civiltà moderna e con i dettami della stessa religione mussulmana.

A Vercelli si sono adunate 50.000 mondariso, che S. E. Starace ha passato in rassegna; in nome di tutte, una di esse, Maria Azzi, ha espresso viva gratitudine al Regime per le provvidenze adottate a loro favore.

La Compagnia Italiana Turismo ha organizzato un viaggio a Madrid e a Barcellona in occasione del X Congresso internazionale di Storia della Medicina (20 settembre - 2 ottobre); importa in 1ª classe L. 1468, in 2ª classe L. 1278; estensione del viaggio nella Spagna meridionale L. 930. Informazioni e iscrizioni presso la Direzione generale della CIT, piazza Esedra 68, Roma, e presso i suoi Uffici e Corrispondenti. Le iscrizioni si chiudono il 31 agosto.

Il 1° giugno fu solennemente onorato ad Anversa il chirurgo Albin Lambotte, notissimo per i suoi lavori sull'osteosintesi. In mattinata ebbe luogo un ricevimento al Municipio; nel pomeriggio si tenne, all'Università coloniale, una seduta in cui parlarono Hustin per i chirurgi belgi, Sauerbruch per i tedeschi, Leriche per i francesi; la sera l'Università libera di Bruxelles offrì al festeggiato un banchetto, in cui parlarono il ministro W. Franck, il rettore e i rappresentanti di varie Società di chirurgia.

Una grave epidemia di rosolia si è sviluppata a San Salvador (America centrale); frequenti sono i casi letali. Si sono chiuse le scuole.

In Inghilterra era stato presentato un progetto di legge per il riconoscimento degli osteopati. Esso è stato preso in esame da un Comitato misto di deputati e di pari, ed ha provocato vivaci discussioni, consegnate prevalentemente nel « Lancet ». Il progetto è stato ritirato.

In Romania quattro banditi hanno assalito il lebbrosario di Tichilesti e si sono impadroniti di circa 30.000 lei contenuti negli uffici e nella cassaforte; il capo della banda, certo Teodoro Catanoju, poco dopo si uccideva con un colpo di rivoltella in bocca.

È deceduto a 85 anni Sir EDWARD SHARPEY SCHÄFER, considerato uno dei maggiori fisiologi dei nostri tempi: egli ha impresso alla medicina le attuali tendenze fisiologiche.

Nato in Germania, si naturalizzò inglese; nel 1918 aggiunse al suo nome tedesco di Schäfer quello del suo maestro Sharpey, in omaggio alla patria adottiva. Poco dopo veniva nominato baronetto.

Ha dato alla grande guerra i due suoi figli; questa perdita lo aveva annientato.

Tra i suoi lavori vanno segnalati quelli sulle secrezioni interne: con Oliver egli scoprì l'azione ipertensiva degli estratti surrenali e ipofisarî, il che portò poi a individuarne i principî attivi. Vanno anche segnalati i suoi studi sulle localizzazioni cerebrali, sul vago, sul simpatico cervicale, sull'innervazione della milza e sulla contrazione di quest'organo, le ricerche di pletismografia ecc. Ha ideato tecniche ed apparecchi divenuti classici. Il suo metodo di respirazione artificiale è oggi il più usato.

Ha formato un grandissimo numero di fisiologi di valore e lascia varie opere pregevolissime.

A. P.

Il dott. MARIO CICCIANI, vice-direttore della Sezione chimica del Laboratorio provinciale d'igiene di Terni, di anni 28, è rimasto ucciso durante il lavoro, da esalazioni di cianuro potassico.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Acta Med. Scand., IV-V. — W. PAGEL. Allergia e immunità. — E. ROELSEN. Tumori benigni del duodeno. — E. SCHIÖDT. Affezioni gastro-intestinali da deficienza di vitamine.

Id., supplem. — Resoconto del 16° Congresso scandinavo di medicina interna.

Lancet, 16 feb. — G. R. MINCH Lo sviluppo dell'epatoterapia nell'anemia perniciosa. — J. E. DEBONO. Trattam. della febbre ondulante.

Journ. Méd. Franç., dic. — Numero sul dosaggio della bilirubinemia e sue applicaz.

Presse Méd., 16 feb. — MERKLEN. La secrez. gastr. nei gastrectomizzati.

Giorn. del Med. Prat., gen. — C. GAMNA. Scompenso circolatorio di origine inconsueta.

Brit. Med. Journ., 16 feb. — H. HALDIN-DAVIS. Trattam. delle dermatiti. — W. BURTON WOOD. Diagn. della tbc. polmon. iniziale.

Amer. Journ. Med. Sc., feb. — J. M. FLYNN e al. Diabete m. — H. E. MAC MAHON. Nefrosclerosi maligna. — W. PAGEL. Origine endogena della tbc. polmon. iniziale. — N. S. YAWGER. V'è un « centro morale » nel cervello?

Med. Contempor., 2. — E. COVA. Cause della sterilità femm.

Presse Méd., 20 feb. — J. BÉNECH. Profilassi degli accidenti da novarsenobenzeni.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 feb. — E. BERTHET. Organizzaz. della lotta contro la tbc. in Italia.

Croce Rossa, dic. — E. BORTOLOTTI e G. TORELLI. Studio dei linfatici pleuropolmonari con preparati di torio.

Gaz. d. Hôp., 20 feb. — P. MASQUES e J.-O. TREILLES. Azione della malarioterapia sul liquido c.-r.

Riv. It. di Ginec., feb. — P. QUINTO. Nefrectomia e gravidanza. — P. QUINTO. Malformazioni genitali.

Mediz. Klinik, 22 feb. — W. BENTHIN. Disturbi incretogeni genitali: diagnosi e terapia. — H. BRUGSCH. Trattam. della difterite maligna.

Klin. Woch., 23 feb. — F. H. HAAG. Malattie allergiche. — E. SIMMONSON. Circolazione e lavoro.

Riforma Med., 14 feb. — A. LUSTIG. Il solfuro di dicloroetile (yprite), aggressivo chimico di guerra.

Deut. Med. Woch., 22 feb. — HEGLER. Determinazione dell'alcool nel sangue. — CZERNY. L'acqua pesante.

Münch. Med. Woch., 21 feb. — H. ZIMMERMANN. La strofantina nell'angina pectoris. — E. DORMANNS. Aterosclerosi.

Bull. Méd., 23 feb. — Numero sulla sifilide.

Brit. Med. Journ., 23 feb. — J. GRANT e J. H. MILLER. Ateroma delle coronarie e fibrosi del miocardio. — S. DEANER. Tbc. cronica disseminata.

Presse Méd., 23 feb. — O. MONOD. Resezione del nervo sotto-clavicolare.

Riv. San. Sicil., 15 feb. — S. BATTAGLINI. Latticemia, insulina e terapia glucosio-insulinica nei cardiopatici.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm. ecc., gen.-feb. — Resoc. del 2° Congresso della Soc. It. radio-neuro-chirurgica.

Journ. A. M. A., 9 feb. — A. WINTER ROWE e al. Metabolismo del levulosio. — A. I. KLEINMAN. Allergia alla gomma da masticare.

Arch. It. di Chir., gen. — S. MILONE e A. PICCO. Patogenesi della mesenterite fibrosa retrattile. — G. SERRA. Ptosi gastrica.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 3 giugno al 9 giugno: Morbillo 445 (2551); Scarlattina 130 (388); Pertosse 117 (438); Varicella 177 (542); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 147 (247); Infezioni paratifiche 41 (53); Febbre ondulante 73 (109); Dissenteria 4 (4); Difterite e croup 195 (362); Meningite cerebro-spinale epidemica 11 (12); Poliomielite anteriore acuta 6 (6); Encefalite letargica 3 (3); Anchilostomiasi 8 (40); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 47 (73), dichiarata 1 (1); Pustola maligna 10 (11).

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. Pozzi, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 15 Luglio 1935 - XIII Num. 28

"IL POLICLINICO„

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI • FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

CIVICO OSPEDALE DI ABBAZIA
DIVISIONE MEDICA.

Contributo allo studio delle forme ab-articolari della infezione reumatica.

Dott. SILVANO BRAVETTI,
Medico Primario e Direttore Sanit.

Incerte e nebulose sono da considerare ancora oggi la eziologia e la patogenesi di quella affezione conosciuta comunemente sotto la invero troppo unilaterale denominazione di reumatismo articolare acuto, nonostante il rinnovato, esteso, profondo fervore di studi e di ricerche condotti da una moltitudine di Autori italiani e stranieri sull'argomento, sia nel campo clinico che in quello anatomo-patologico e biologico.

Qualche passo tuttavia è stato fatto e sembra logico pensare che il problema sia per essere non molto lontano dalla sua soluzione.

Recentemente Grumbach, con Newmann e Müller, ha considerato pressochè dimostrata la eziologia streptococcica del reumatismo, rifacendosi dalla teoria batterica e dai lavori di Klebs, Achalme, Levaditi ed altri. Gräff ha distinto tra reumatismo vero, ad eziologia del tutto ignota, e affezioni reumatoidi dovute ai vari cocchi. D'altra parte Swiff e Klinge hanno creduto di poter riportare questa malattia ad una reazione allergica. Che la malattia sia strettamente specifica hanno sostenuto e sostengono, invece, Fahr, Schottmüller e, tra di noi, Ceconi. Tra gli altri Autori italiani, Chini e Lusena, della Scuola di Frugoni, dopo un accurato e profondo studio sperimentale sull'argomento, pur non mancando di mettere in particolare rilievo la fondatezza della teoria batterica, non credono che la eziologia streptococcica possa ritenersi del tutto dimostrata; almeno per tutte le forme di reumatismo, poichè essi infine mostrano di avvicinarsi alla posizione precisata da Gräff, secondo il quale esistono un *Rheumatismus infectiosus* ad eziologia ignota ed un *Kokkenrheumatismus* ad eziologia generalmente streptococcica ed a patogenesi focale ed allergica. Tali tipi sarebbero distinguibili solo istologi-

camente: il primo caratterizzato dai noduli di Aschoff nel miocardio, dai noduli del connettivo compatto, dalla primaria infezione dei tessuti tonsillari e peritonsillari; il secondo essenzialmente da una granulomatosi mesenchimale. D'altronde che esistano forme morbose cosidette reumatiche del tutto diverse, forse anche senza il minimo legame tra di loro e che pure siamo soliti ancora far rientrare, in comune, sotto l'ampia ed elastica definizione di reumatismo, ci mostra chiaramente il Ceconi in una sua brillante pubblicazione sul reumatismo muscolare; questa affezione, che per molti medici e profani si può dire rappresenti il prototipo del cosidetto reumatismo, non avrebbe nulla a che vedere — ad esempio — col reumatismo articolare. Secondo il Ceconi la mialgia reumatica non solo non appartiene all'infezione reumatica, ma non può neppure essere considerata una malattia infettiva; è stata da alcuni tenuta per una malattia allergica ad allergene comunque non batterico; essa è caratterizzata da speciali induramenti muscolari, che sono senza reperto istologico, i quali — stando ad una elegante concezione di Schade — sarebbero dovuti ad una miogelosi da freddo, mentre Ruhmann li considera dovuti ad una ipertonia muscolare, circoscritta a singoli punti del muscolo, provocata da sostanze stimolatrici sia dell'innervazione vegetativa che di particolari reazioni del chimismo cellulare (tossine, prodotti del ricambio muscolare e generale, ecc.). Quale enorme distanza, dunque, dalle teorie più accreditate sul reumatismo articolare!

Ancora, tra di noi, Boeri, pur tenendo nella dovuta considerazione la teoria della manifestazione anafilattica — spiegata conciliando l'eziologia infettiva streptococcica coll'origine anafilattica mediante i cosidetti foci, i quali potrebbero considerarsi rappresentati anche dai noduli di Aschoff e di Gräff — esprime infine l'opinione che debba conservarsi il concetto di una infezione generale, che attacca secondariamente tutti gli organi e le sierose e specialmente sierose e cuore. Questo Autore mette poi in particolare evidenza la grande importanza delle tonsille e dell'anello di Valdeyer in relazione alla patogenesi dell'infezione reumatica.

Voglio ancora ricordare che da qualche Autore è stata avanzata l'ipotesi che la malattia sia amicrobica e diatesica e precisamente artritica; da altri è stato sostenuto che il reumatismo sia una manifestazione tubercolare.

Da quanto ho sopra esposto risulta chiaramente perchè, ancora oggi, non si sia potuto giungere ad una classificazione sicura delle varie forme morbose cosidette reumatiche; il buio che ancora domina su l'ezio-patogenesi del cosidetto reumatismo fa sì che noi verosimilmente accomuniamo affezioni del tutto diverse e senza alcun nesso tra di loro che non sia quello determniato dalla nostra ignoranza; probabilmente la scoperta di un fattore eziologico, anche solo di qualcuna di esse, provocherà un totale sbandamento di queste malattie e la denominazione « reumatismo » verrà a perdere ogni suo significato.

Peraltro, se oscurità ancora regna su l'eziopatogenesi delle malattie reumatiche, esse da tempo, nel campo pratico, vantano il privilegio, purtroppo così raro in patologia, di una terapia che può definirsi senz'altro specifica quale quella dell'acido salicilico e dei suoi derivati. Ne viene che è di una importanza massima sapere riconoscere in pratica ogni forma reumatica per potere curare e vantaggiosamente curare.

Data la quasi assoluta specificità della terapia in questo campo, credo debba considerarsi grave mancanza quella del medico che, pur potendolo, non mette in opera ogni suo più fine accorgimento diretto allo scoprimento di ogni caso di reumatismo; voglio dire meglio, di ogni manifestazione dell'*infezione reumatica*. Penso infatti sia conveniente mettere ormai al bando la vieta e deficiente denominazione di « reumatismo » di « reumatismo articolare acuto » e simili. Questa stessa denominazione ha indotto e induce tuttora ad una visione del tutto parziale del problema diagnostico in questo campo e già di per sè facilita a deviare il pensiero da molte e già ritenute diverse forme morbose, le quali sono invece da ricondursi ad una causa comune: precisamente a quella dovuta all'infezione reumatica. Il criterio terapeutico *a juvantibus* assume in questi casi un valore decisivo e ci serve egregiamente in mancanza di dati eziopatogenetici sicuri. Alla diagnosi, pressochè certa, delle forme morbose da ritenersi come manifestazioni varie dell'infezione reumatica, non concorre però solamente il criterio terapeutico; ai fini della diagnosi clinica acquistano una importanza rilevante alcuni dati anamnestici ed obbiettivi che è bene ricercare insistentemente negli ammalati e che già da soli debbono far volgere il pensiero all'infezione reumatica; ma naturalmente sopra ogni altra cosa è della massima importanza conoscere quali sono le forme morbose dovute all'infezione reumatica.

Tra noi è stato specialmente Boeri a richiamare l'attenzione su questa parte tanto im-

portante della patologia umana; il suo studio e le sue ricerche, che non datano solo da questi ultimi anni, avrebbero dovuto valere a sfatare presso i medici più di un pregiudizio intorno al cosidetto reumatismo; comunque, egli ha ribadito anche di recente le sue concezioni sull'infezione reumatica; concezioni che sono state raccolte, svolte e sostenute anche all'estero e specialmente da autorevoli ricercatori francesi.

In armonia con tali concetti, si deve ritenere senz'altro errato che la poliartrite acuta sia una malattia delle articolazioni e che essa rappresenti il prototipo assoluto del reumatismo anche se ne è la manifestazione più frequente e più chiara; così è anche grave errore porre diagnosi di infezione reumatica solo in presenza di sintomi articolari, cioè di poliartrite. Questa non è se non manifestazione di una infezione generale in cui le localizzazioni articolari sogliono essere più frequenti, intense e numerose che non nelle altre infezioni generali. Come d'altronde in ogni setticemia le localizzazioni articolari, in genere scarse o mancanti, possono prevalere, (pseudoreumatismi blenorragici, sifilitici, scarlattinosi, tubercolari) così nella setticemia reumatica le lesioni localizzate alle articolazioni, d'ordinario presenti e in modo accentuato, tanto più spesso di quanto in genere non si creda possono essere scarsissime o assenti, sì da far correre il rischio di non riconoscere la vera natura della malattia, quando si tenda a tenere solo conto della sua manifestazione, dirò così, ufficiale perchè più comune.

Dobbiamo quindi ritenere che esistono, da una parte, casi di reumatismo manifesto — quello comune a localizzazione poliarticolare — dall'altra, casi di cosidetto reumatismo occulto, non evidente, altrimenti definito ab-articolare od extra articolare. Dato tale polimorfismo, credo che — come giustamente ed autorevolmente ha sostenuto e sostiene il Boeri — debba sostituirsi la vecchia, imprecisa, unilaterale denominazione di « reumatismo » sia o non articolare col termine più comprensivo e più proprio di infezione reumatica. La quale si presenta con diverse manifestazioni. In proposito mi piace affermare come Boeri abbia dettato sull'argomento lezioni magistrali, che mi auguro abbiano potuto essere molto proficue alla generalità dei medici pratici.

Accanto, dunque, all'infezione reumatica a sindrome poliartritica — forma palese — (reumatismo articolare classico) debbono essere tenute presenti le forme occulte o ab-articolari di detta infezione.

Le meno comuni, le meno evidenti sono le forme infettive pure, a tipo tifoide e influenzale, le forme pseudochirurgiche (appendicite, peritonite, colecistite), l'eritema nodoso e l'essudativo polimorfo reumatico, la porpora reumatica, la nevralgia frenica di Grenet, forse il reumatismo muscolare e aponuerotico acuto, (ma il Ceconi sembra escluderlo) infine, tra le principali, la corea di Sydenham.

Ma vi sono — ancora — casi più numerosi e più importanti in cui le localizzazioni endo e pericardiche, miocardiche, renali, pleuriche, polmonari, peritoneali — che vengono solitamente considerate solo come eventuali complicazioni della forma classica articolare — possono, relativamente spesso, presentarsi invece senza o con minime localizzazioni articolari, in modo apparentemente primario e come sola o precipua manifestazione dell'infezione reumatica. Il non riconoscere allora la natura di queste manifestazioni, che vengono scambiate con cardiopatie, nefriti, pleuriti, ecc. primarie, porta a gravissime conseguenze per la corrispondente mancanza della terapia che in tali forme reumatiche è senza altro specifica.

Al fine di evitare tali gravi errori diagnostici è necessario quindi tener presente, innanzi tutto, che la sindrome articolare non è fondamentale od essenziale del reumatismo; questo non è una malattia infettiva specialmente delle articolazioni; esiste, in realtà, una infezione reumatica, una malattia cioè infettiva generale, una setticemia reumatica, la quale suole localizzarsi — è vero — più frequentemente e caratteristicamente alle articolazioni, ma in cui tuttavia la sindrome articolare è tutt'altro che costante e per nulla obbligatoria ai fini della diagnsi. Infatti la malattia può localizzarsi in modo prevalente od anche unico — si badi bene — nel cuore, nel pericardio, nella pleura, nel peritoneo, nel rene, ecc., rivelandosi precipuamente o del tutto come endocardite o pericardite o pancardite e pleurite, nefrite, ecc., che — si capisce — solo apparentemente sono primarie.

Ricordare dunque che esistono non raramente questi casi di reumatismo cosidetto ab-articolare od extra articolare, di reumatismo non evidente od occulto, come si esprime il Boeri.

Tenute presenti queste possibilità, occorre poi indagare con insistenza e con rigore, sia con l'anamnesi che con l'esame obbiettivo, al fine di scoprire l'esistenza o meno di tonsilliti in atto o pregresse; un reperto positivo a carico delle tonsille, del tessuto adenoideo della faringe o comunque dell'anello di Wal-

deyer è di una importanza molto rilevante; poichè ormai dai più si ritiene che la porta di entrata di molte infezioni setticemiche e specialmente di quella reumatica, siano appunto le tonsille ed il tessuto adenoideo circostante. Boeri nelle sue lezioni — così come altri Autori italiani e stranieri — ritiene che si debba annettere una importanza pressochè decisiva a reperti di angina in atto o pregressa, in casi di infezione reumatica sia manifesta che occulta. La teoria della porta d'entrata tonsillare conserva tutto il suo valore anche nei riguardi della più recente dottrina delle infezioni focali emessa a spiegare molti stati setticemici: infezioni croniche delle tonsille e dei denti (l'oral sepsis degli americani) riducono queste parti dei veri focolai iniziali di germi, i cosidetti foci, da cui l'infezione si disseminerebbe nell'organismo direttamente od anche indirettamente per mezzo di focolai metastatici, che si stabilirebbero indovandosi negli organi interni; i quali focolai sarebbero in grado di mantenere o riaccendere l'infezione anche dopo l'eliminazione dell'iniziale *focus orale* (noduli di Aschoff nell'infezione reumatica).

Al fine inoltre di un'esatta diagnosi eziologica delle varie forme dell'infezione reumatica occulta, occorre ricercare con estrema diligenza sintomi articolari anche minimi, passati inavvertiti o trascurati, che siano ancora in atto e dimostrabili oppure pregressi. Da ultimo poi ci si potrà giovare in ogni modo, specie nelle forme forzatamente dubbie, del criterio a juvantibus, mediante la terapia salicilica.

* * *

Ho voluto di proposito passare in rapida rassegna queste più recenti teorie, emesse sull'eziologia e la patogenesi del reumatismo, e i concetti che devono oggi presiedere alla conoscenza dell'infezione reumatica, prima di tutto per un doveroso omaggio a quanti autori, specialmente italiani, hanno contribuito a portare luce sull'argomento, e secondariamente per rendere più agevole l'esposizione di un caso, appunto di reumatismo ab-articolare, che ho avuto occasione di osservare e di studiare nella mia sezione ospitaliera; caso che, per il decorso e la sintomatologia presentati e gli effetti terapeutici conseguiti, ho creduto di poter ritenere abbastanza dimostrativo in proposito, e tale da costituire un, sia pur, modestissimo contributo alla conoscenza delle forme ab-articolari della infezione reumatica.

Si tratta di una giovinetta, G. Miletich, di anni 14, da Laurana, scolara. Entra in sezione l'8-IX-34, inviata con diagnosi di pleurite essudativa sinistra. *Dall'anamnesi familiare* nulla risulta d'interessante, dal lato patologico, a carico degli ascendenti e dei collaterali. La paziente è nata da parto eutocico ed ha avuto allattamento materno; dentizione, deambulazione e loquela apparse un poco più in ritardo che di norma; è di poi cresciuta piuttosto stentatamente e non è mai stata molto florida e robusta; i cicli mestruali non si sono ancora iniziati. *Dall'anamnesi patologica personale remota* risulta inoltre che dei comuni esantemi dell'infanzia ha sofferto il morbillo, guarito senza complicazioni; è andata soggetta qualche volta a catarro bronchiale ed a lievi angine; circa due anni fa ebbe a soffrire di una forma poliarticolare febbrile, guarita in due mesi ed apparentemente senza postumi; da poco tempo dopo questa malattia si è accorta peraltro di andare talora soggetta a senso di lieve cardiopalmo, che si accompagna ad una certa frequenza ed oppressione di respiro, specialmente durante la corsa o nel salire in fretta le scale. *Dall'anamnesi personale prossima* si rileva che l'attuale malattia è insorta una quindicina di giorni addietro ed in modo rapidamente progressivo: dapprima la paziente ha notato svogliatezza, disappetenza, malessere generale, qualche brivido di freddo; dopo insistenti domande, ricorda di avere poi notato lievi passeggeri disturbi alla deglutizione, accompagnati da un po' di mal di gola, con senso di bruciore e vellichio alle fauci. Circa due giorni dall'inizio di questi sintomi, sono poi insorti brividi intensi di freddo, febbre, tosse secca, dolorabilità lombare e dolori puntori alla base dell'emitorace sinistro; non ebbe a notare escreato di qualsiasi specie. Le urine invece andarono facendosi scarse per quantità e divennero piuttosto torbide e più intensamente colorate che di norma; nei giorni seguenti la febbre ha perdurato oscillando tra i 38°,5 ed i 39°, il dolore all'emitorace si è andato attenuando e sono andate invece sorgendo più forte oppressione respiratoria e lieve dispnea. Perdurando tale sintomatologia, dopo circa dodici giorni di riposo in letto e di cure a domicilio, la paziente viene inviata nella mia sezione.

All'ingresso l'inferma appare fortemente intossicata, presenta temperatura a 38°,5, polso a 140, piccolo, regolare, ritmico, decubito prevalente laterale sinistro, respiro dispnoico. *All'E. O.* tipo tendente al longilineo, microsplancnico, deficientemente sviluppato in relazione all'età, con caratteri sessuali secondari pressochè ancora infantili; psiche e intelligenza tarde, facile irritabilità Le mucose visibili e la cute sono pallide, quest'ultima spesso umida per profusa sudorazione fredda; scarso il pannicolo adiposo sottocutaneo; sistema scheletrico regolare, masse muscolari ipotoniche e ipotrofiche; al sistema linfatico micropoliadenopatia diffusa, con qualche tumefazione ghiandolare più evidente alle regioni sotto mandibolari e del collo. Agli arti si notano lievi movimenti coreiformi, specie a carico delle dita delle mani e prevalentemente di quella destra; tutte le articolazioni degli arti, sia inferiori che superiori, appaiono peraltro del tutto normali; solo, a domanda, l'inferma riferisce che talvolta qualche movimento, tanto attivo che passivo, specie delle articolazioni del polso e di quelle tibio-tarsiche, le provoca una certa dolorabilità in loco. Nulla di importante si rileva agli organi della testa e del collo, oltre a quanto ho già riferito. Al sistema digerente nulla rilevasi degno di particolare nota, all'infuori che la lingua è impaniata ed un po'

secca, e che le tonsille, ipertrofiche, sono leggermente tumefatte ed un poco arrossate come tutto l'istmo delle fauci. Nulla di patologico che sia riscontrabile, all'esame obbiettivo, a carico del sistema uro-genitale. All'esame dell'apparato cardiovascolare si rileva — oltre al polso frequente e piccolo, ma regolare e ritmico — itto cardiaco sotto la sesta costola, un poco in fuori dell'emiclaveare sinistra, leggermente diffuso e sollevante — aia di ottusità cardiaca un poco ingrandita, specie nella sua sezione sinistra — soffio sistolico sensibile, ma non aspro, sul focolaio della punta — secondo tono della polmonare un poco accentuato. A carico dell'apparato respiratorio si mette in evidenza un notevole versamento libero che occupa la cavità pleurica sinistra e che giunge, in alto — posteriormente — fino a circa la metà della scapola. Al sistema nervoso nulla è dato notare di patologico, meno la già citata irritabilità generica e i lievi movimenti coreiformi a carico specie delle dita delle mani. Normali appaiono gli organi specifici di senso.

Previa puntura esplorativa all'emitorace sinistro, si esegue una modesta pneumotoracentesi; il liquido estratto ha colore giallo citrino, trasparenza limpida, p. sp. 1020; mostra prova di Rivalta positiva (albumina grammi 4,2 %), e, nel sedimento al microscopio, emazie, polinucleari, linfociti, nessun elemento batterico. L'esame delle urine che, torbide e intensamente colorate, di p. s. 1025, vengono emesse nella quantità media giornaliera di cc. 3-500, mostra presenza di albumina (gr. 0,50-1/1000) e, nel sedimento, scarso numero di cilindri prevalentemente granulosi. La R. W. e la K. sono negative.

Per i dati anamnestici e dell'esame obbiettivo — tenuto particolare conto dell'angina, se pur lieve, con la quale la forma morbosa aveva esordito, e di cui permaneva ancora qualche segno (lieve arrossamento e tumefazione delle tonsille e dell'istmo delle fauci) tenuto conto, ancora, dei lievi dolori accusati dall'inferma alle articolazioni dei polsi e tibio-tarsiche, ed infine della leggera sintomatologia coreiforme presente nella paziente — pongo diagnosi, con quasi assoluta sicurezza, di pleurite essudativa e lieve nefrosi, da infezione reumatica. Ritengo di potere non dare, in questo caso, grande importanza al fatto endocarditico, perchè specialmente i caratteri del soffio mi inducono a pensare che la lesione — indubbiamente di vecchia data — non si sia al presente gran che riacutizzata.

Formulata così la diagnosi, anche dal lato eziologico, faccio intraprendere senz'altro una terapia a base di salicilato di sodio, introdotto sia per os che per iniezioni endomuscolari ed endovenose, data la riluttanza della paziente ad ingerire quantità sufficienti del medicamento.

Il decorso presentato dall'inferma è stato dei più favorevoli e tale da avvalorare pienamente e con sicuro criterio la diagnosi che era stata posta. La piccola paziente, infatti, che da una quindicina di giorni febbricitava a 38°5-39° e che, nonostante il riposo assoluto, la dieta appropriata e le cure, aveva visto aumentare anzichè diminuire il suo versamento pleurico ed aggravarsi le sue condizioni generali, già dopo soli tre giorni di un'intensa cura salicilica ha mostrato un discreto e deciso abbassamento della temperatura, aumento della diuresi, diminuzione della dispnea e del cardiopalmo ed ha presentato un aspetto generale meno intossicato e progressivamente più euforico; circa in decima giornata dall'ingresso, la febbre, che fin da principio era andata rapidamente diminuendo, era già caduta per lisi, la diuresi si era fatta abbondante, la nefrosi si era di molto attenuata, il polso era sceso a 88°-90°, la dispnea era cessata, l'intossicazione generale era del tutto scomparsa e così la lieve corea; infine, il versamento pleurico mostrava di essere in notevole, rapida, progressiva diminuzione, tanto che potevo considerare la paziente ormai entrata in piena convalescenza.

Mi cade qui acconcio di ricordare che la terapia salicilica dell'infezione reumatica deve essere quanto più possibile precoce ed intensa e protratta quanto occorra. È purtroppo ancora diffuso, tra molti medici pratici, il pregiudizio che i salicilici deprimano il cuore, danneggino i reni, prostrino le forze; tale pregiudizio è per lo meno esagerato quando non è del tutto infondato. Autorevoli clinici stranieri, tra cui molti francesi, tra i nostri Maestri specialmente il Boeri, ci dicono che l'azione dannosa dei salicilici non esiste, massimamente pel cuore, e che questa terapia non solo — data la sua specificità — è del tutto vantaggiosa nelle localizzazioni e cardiache e renali dell'infezione reumatica, ma non è affatto controindicata da una cardiopatia o da una nefrite preesistente e che nulla abbiano a che vedere con l'infezione reumatica stessa.

Le dosi debbono essere sufficientemente alte: 10 o 15 grammi al giorno, in unione a una dose doppia di bicarbonato di sodio, sono in genere bene tollerate da un adulto che non presenti particolari gravi deficienze patologiche; alcuni poi amano prudenzialmente partire da piccole dosi per raggiungere, a tappe progressive, quella massima; sembrerebbe più logico il procedimento se mai contrario, poichè conviene aggredire subito l'infezione e quanto più intensamente è possibile; si potrà poi retrocedere nelle dosi, scemando progressivamente la malattia. Sta bene quanto al *primum non nocere*, dice il Boeri, ma si può nuocere sia procurando un male che trascurando di fare un bene.

* * *

Alcune poche altre considerazioni mi piace di aggiungere in relazione al caso che ho esposto. In primo luogo, l'importanza — al solito — della anamnesi e dell'esame obbiettivo che, specie in questi casi d'infezione reumatica occulta, debbono dirigersi allo scoprimento di sintomi anche minimi e pur di grande valore, che spesso, per la loro lieve entità, sono trascurati o dimenticati dagli am-

malati. La mia piccola paziente — ad esempio — non avrebbe ricordato la pregressa angina e non mi avrebbe fatto cenno dei lievi dolori articolari, se più volte e con insistenza non fosse stato richiamato il suo pensiero su questi punti; essa poi presentava anche una lieve sintomatologia coreica, e, dati gli stretti legami che intercorrono tra corea e infezione reumatica, non si poteva a meno di dare tutto il loro valore anche a questi segni. Pure — e nonostante che risultasse dall'anamnesi una già sofferta infezione reumatica a sindrome poliartritica — l'ammalata era giunta in sezione con la semplice diagnosi di pleurite essudativa e senza il minimo sospetto di una infezione reumatica.

Sta di fatto che il maggior numero delle comuni pleuriti sierofibrinose sono di natura tubercolare; ma non è men vero che non di rado molte pleuriti, apparentemente primarie, non sono di natura tubercolare; molte volte esse si giovano rapidamente di una cura salicilica. Conviene allora ricordare che — come nel caso descritto — la localizzazione pleurica dell'infezione reumatica non sempre è una complicanza della forma poliarticolare, ma può presentarsi anche da sola e come unica manifestazione dipendente da una infezione reumatica occulta.

Analogamente sono state descritte e debbono essere tenute presenti forme simili di appendiciti, peritoniti ecc.

A questo proposito mi viene fatto di ricordare che, nel recente Congresso della Società Italiana di Chirurgia, Solieri e Donati hanno riferito di avere osservato casi di sierositi peritoneali acute apparentemente primitive; Solieri ha precisato di averne osservato in maggior numero durante una epidemia di « influenza estiva ». Nono sono al corrente dei particolari su le lesioni riscontrate alla biopsia e sui reperti batteriologici, ma, dato che la eziopatogenesi di queste forme morbose appare del tutto oscura, non mi pare illogico arrischiare l'ipotesi che possa trattarsi di localizzazioni peritoneali di una infezione reumatica occulta. Credo che potrebbe essere utile un accurato studio di tali forme anche in questo senso. Quella contingenza della « epidemia influenzale » mi sembra avere una certa suggestione!

Tornando al nostro argomento, al fine di convalidare in qualche modo l'opinione che non tutte le pleuriti sono di origine tubercolare, aggiungo che ho preceduto a un accurato esame batteriologico ed a ricerche biologiche del liquido estratto dalla cavità pleurica della malata. Sia l'esame culturale che la prova biologica, fatta in due cavie inoculate l'una nel sottocutaneo l'altra nel peritoneo, hanno dato esito nettamente negativo per la ricerca del bacillo di Koch e per l'accertamento di infezione tubercolare.

Poco prima poi della sua dimissione dall'ospedale, e precisamente dopo una decina di giorni di convalescenza, ho fatto sottoporre la paziente ad esame radiologico dell'apparato respiratorio: l'indagine ha mostrato, a sinistra, assenza completa di versamento, seno costo-diaframmatico libero, base polmonare bene espansibile, nessun segno di aderenze pleuriche; perfetta integrità dei rimanenti campi polmonari.

A distanza ormai di tre mesi, la paziente, all'esame clinico, non mostra la minima lesione sospetta a carico del suo apparato respiratorio.

RIASSUNTO.

La etiologia e la patogenesi del c. d. reumatismo sono tuttora imperfettamente conosciute; dalle più recenti indagini, condotte da molti Autori italiani e stranieri, sembra peraltro che si debba ammettere per questa malattia una etiologia streptococcica e forse una patogenesi focale ed allergica; hanno comunque grande importanza — come porta d'entrata dell'infezione — le tonsille, l'anello di Valdeyer e tutto il tessuto adenoideo in genere della faringe e dell'istmo delle fauci.

Se oscurità regna nel campo dell'eziopatogenesi, il reumatismo ha d'altro canto il privilegio di una cura specifica, quella salicilica. Ne viene che è della massima importanza pratica sapere riconoscere la natura della malattia in ogni sua manifestazione. A tale fine si deve ritenere che il c. d. reumatismo articolare non è una malattia delle articolazioni, ma una setticemia, una infezione generale, in cui le localizzazioni articolari sogliono essere più frequenti e numerose che non nelle altre setticemie, non però obbligatorie ed indispensabili, specie ai fini della diagnosi. Infatti in molti casi le localizzazioni articolari, ritenute a torto così caratteristiche, sono scarsissime od assenti, mentre si presentano prevalentemente od in modo esclusivo le localizzazioni meno note e frequenti. Così molte nefriti, pleuriti, peritoniti, appendiciti, molte cardiopatie, molti casi a sindrome infettiva, apparentemente primari, sono dovuti ad una setticemia reumatica, sono manifestazioni — spesso uniche — di infezione reumatica *non evidente od occulta*, altrimenti definita *ab-articolare* od *extra-articolare*.

Perchè questi casi non sfuggano ad una terapia fortunatamente specifica occorre ricordare che esistono appunto come manifestazione del c. d. reumatismo ed all'infuori di ogni localizzazione poliarticolare.

A tal fine — seguendo i concetti ripetutamente espressi tra di noi dal Boeri — è utile abbandonare la imprecisa e deficente denominazione di « reumatismo » di « reumatismo articolare » e simili ed usare invece il termine più comprensivo e più proprio di infezione reumatica.

Naturalmente è sopratutto importante sapere riconoscere i casi di infezione reumatica ab-articolare od occulta; ottimi indizi, ad avvalorare il sospetto, sono reperti di tonsillite sia in atto che pregressa o di dolori articolari anche lievi e trascurati dai pazienti; nei casi comunque dubbi sarà di grande aiuto il criterio *a juvantibus* per mezzo dei salicilici.

Per questi indizi — considerati in tutto il loro valore — è stato all'A. di queste note possibile di formulare diagnosi di infezione reumatica ab-articolare, in un caso di pleurite, capitato alla sua osservazione; caso che, per la sintomatologia e il decorso presentati e gli effetti terapeutici conseguiti, appare doversi ritenere dimostrativo in proposito.

Non è detto infatti che tutte le comuni pleuriti siero-fibrinose, apparentemente primarie, siano di natura tubercolare; molte si giovano di una terapia salicilica e debbono essere considerate come manifestazione di una infezione reumatica occulta.

Per analogia viene avanzata l'ipotesi che alcuni particolari casi di sierositi peritoneali — apparentemente primitive — di recente riferiti dal Solieri e dal Donati, possano essere considerati come manifestazioni di infezione reumatica occulta.

BIBLIOGRAFIA.

Grumbach. *La eziologia del reumatismo.* Schweizerische Medizinisch Wochenschrift, nov. 1933.

P. Patino Mayer e G. E. Israel. *Reumatismo viscerale.* Rivista medica Latino-americana, n. 222, 1934.

V. Chini e M. Lusena. *La patologia del reumatismo, ecc.* Il Policlinico, n. 32 e 33, 1934.

G. Boeri. *Le forme non evidenti della infezione reumatica.* Il Morgagni, n. 1, 1933.

G. Boeri. *Difficoltà diagnostiche, pregiudizi, ecc.* Il Morgagni, n. 17, 1934.

A. Ceconi. *Reumatismo muscolare.* La Medicina Internazionale, n. 9, 1934.

S. Solieri e M. Donati. *Addome acuto, ecc.* XLI. Congresso Italiano di Chirurgia. Il Policlinico, n. 46, 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale Civile Umberto I
Monsanvito (Ancona).

Enterorragia precocissima consecutiva a chelotomia.

Dott. Ferdinando Merighi, chirurgo-direttore.

Le emorragie del tubo gastro-enterico conseguenti ad interventi chirurgici sono state osservate da tempo in svariati casi, ma sopratutto nelle ernie strozzate. Chi ha osservato per primo emorragie nelle ernie strozzate e le ha diligentemente studiate e descritte è stato Schnitzler nel 1884.

Da allora in poi le osservazioni degli Autori si sono susseguite e fra questi Ullmann, Kukula, Sauvè Busse il quale ultimo nel 1905 descrisse enterorragie non soltanto nelle operazioni per ernia strozzata sibbene con una percentuale maggiore, ma anche in altri interventi quali operazioni sul fegato, sull'intestino, sull'appendice e persino in interventi sul collo e sulla faccia.

In Italia hanno descritto enterorragie in ernie strozzate Aloi, Biancardi, e recentissimamente Papa. L'età nella quale maggiormente si sono verificate dette enterorragie è stata quella dai 50 ai 60 anni in soggetti con particolari note di fragilità vasale consecutive ad alterazioni arteriosclerotiche. Fornaca e Serafini osservarono invece enterorragie postoperatorie in un caso di ernia inguinale libera in cui non furono neanche visti l'epiploon e l'intestino. Tale complicazione è di difficile spiegazione (ulceri intestinali da coli? congestione da stipsi e da purgante?).

Biancardi riferisce di un giovane trentaduenne affetto da ernia che riduceva da sè ogni qualvolta presentava fenomeni di strozzamento. Orbene qualche ora dopo insorgeva regolarmente l'enterorragia ripetutasi pure poco dopo il ricovero del paziente in ospedale allorchè il taxis venne eseguito dal medico. In questo caso l'A. ritiene si trattasse di una congenita fragilità vasale che determinava rottura dei capillari ogni volta che nell'ansa si produceva arresto anche temporaneo della circolazione sanguigna.

Aloi riferisce di un caso di emorragia che si è presentata in settima giornata dall'operazione ed accompagnata da epistassi, ematemesi, infine obitus. Anche qui l'A. opina che si sia trattato di uno stato latente emorragiparo reso evidente dall'atto operativo.

Papa descrive due casi: in uno si è avuta emorragia con il tipo di quelle precoci in un soggetto settantaduenne; nell'altro l'enterorragia si associò a fatti occlusivi realizzando così nello stesso malato i due accidenti più frequenti consecutivi allo strozzamento.

In questo ultimo caso l'A., ritiene che l'enterorragia non sia stata espressione soltanto di alterato circolo dell'intestino poichè lo stato occlusivo fa ritenere che verosimilmente si sia trattato di trombosi della mesenterica.

Intorno ai caratteri dell'emorragia secondo il tempo di comparsa sono state distinte due forme: enterorragie precoci; ed enterorragie tardive, per spiegare le quali sono state emesse varie teorie. Per quelle precoci dette anche primitive Schnitzeler ritiene che durante lo strozzamento erniario avvengano lesioni trofiche nell'ansa erniata a causa dell'interruzione del circolo arterioso. Non appena viene a cessare lo strozzamento per l'improvviso e brusco affluire del sangue nei capillari arteriosi avverrebbero emorragie per rottura dei capillari stessi alterati i quali cedono sotto la pressione della corrente ematica. Il sangue si raccoglie nell'ansa intestinale e viene quindi espulso.

Kukula invoca tre cause:

1) da taxis in quei casi in cui ripetutamente tentato determinerebbe contusioni dell'intestino tanto più dannoso in un intestino minorato nella sua resistenza per lo strozzamento e spesso già alterato. Kukula fa osservare appunto che allorquando si trovano durante una chelotomia delle anse erniarie fortemente strozzate rosso scure quasi nere e lo strozzamento data da poco tempo, mentre il taxis ha preceduto l'intervento chirurgico debbasi attribuire a detto taxis la causa della enterorragia. Sono in questi casi la precocità di insorgenza, l'abbondanza del sangue emesso che fanno distinguere queste enterorragie da taxis da quelle da altre cause. Esse si producono pressochè istantaneamente a meno di mezz'ora dopo l'intervento e sono abbondanti.

2) Da trombosi venosa dell'ansa strozzata che determina una stasi sanguigna nel territorio intestinale corrispondente a dette vene. Si avrebbe produzione di un infarto seguito da enterorragie.

3) Da ischemia da compressione momentanea di arterie e vene che sperimentalmente ha potuto determinare emorragia. Questo ultimo meccanismo è negato dal Kukula si possa avverare nelle ernie strozzate.

Per le enterorragie tardive che sopravvengono dal sesto al diciottesimo giorno dopo la operazione è stato Ullmann a darne un'accurata descrizione avendole osservate in soggetti di età avanzata con segni evidenti di arterio sclerosi, strozzamento erniario serrato, lunghezza non eccessiva dell'ansa, piccola quantità di liquido nel sacco. Ullmann per spiegare questa modalità di insorgenza tardiva della emorragia ritiene che i vasi arteriosi mesenterici colpiti da ateromasia (in soggetti arteriosclerotici) si trombizzano durante lo strozzamento e si determinano infarti seguiti da emorragia.

Nicaise invece sostiene che la compressione uguale delle arterie e delle vene intestinali produce una gangrena ischemica con formazione di escara necrotica la quale distaccandosi al sesto giorno provoca l'emorragia.

Ma in quei casi ove non esistono segni evidenti di arteriosclerosi si, sono invocate altre cause quali la fragilità vasale di origine congenita come abbiamo veduto in uno dei casi del Biancardi; fragilità vasale che secondo Patel sarebbe anche dovuta in particolari soggetti ad intossicazioni per lo strozzamento. Dalla descrizione riassuntiva dei vari tipi di enterorragia nelle ernie strozzate e delle varie teorie emesse a spiegarla risulta come non sia raggiunto l'accordo in tutti i casi concorrendo in alcuni una causa piuttosto che l'altra, e non mai la medesima.

Credo perciò opportuno a contributo della casistica esistente, per le particolarità di insorgenza della enterorragia non riscontrata in alcuno dei casi citati descrivere quello occorso alla mia osservazione.

S. R., di anni 62, casalinga. Viene ricoverata d'urgenza in ospedale il 30 giugno 1934 con diagnosi di ernia inguinale sinistra strozzata. Nulla di notevole nell'anamnesi remota. Sposatasi in giovane età ha avuto quattro gravidanze condotte regolarmente a termine. Da circa vent'anni è portatrice di ernia inguinale sinistra che è andata lentamente e progressivamente aumentando di volume. Non le ha mai recato soverchi disturbi talchè ha sempre accudito alle proprie faccende di casalinga. Allorquando accusava dolori o comunque la tumefazione erniaria si inturgidiva aveva appreso a ridurla da sè.

Alle ore undici del trenta giugno millenovecentotrentaquattro ha accusato improvvisamente vivo dolore nella regione sede dell'ernia e per quanto abbia tentato come l'altre volte di ridurre la massa non è riuscita nell'intento.

La già voluminosa bozza è andata aumentando vieppiù facendosi tesa e dolente. È insorto vomito con alvo chiuso ai gas ed alle feci. Chiamato il medico questi dopo vani tentativi di taxis incruento ha fatto ricoverare la paziente in ospedale.

E. O. Soggetto in discrete condizioni di nutrizione con dentatura in parte mancante in parte guasta. Aspetto sofferente, stato ansioso, lingua asciutta, polso piccolo, molle, depressibile con 95 pulsazioni al minuto. Temperatura ascellare 36°,7.

Respiro 30. Conati di vomito. Nulla a carico degli organi toracici. Addome avallato trattabile indolente nei quadranti superiori, leggermente dolente all'ipogastrio. Fegato e milza in limiti normali, non zone di ipofonesi. Ciò che spicca all'esame è la presenza di una voluminosa bozza cilindrica del volume di una testa di feto a termine che occupa la regione inguinale sinistra e distende il grande labbro. La superficie rivestente è liscia, tesa, lucente, calda al tatto più che di norma. La tumefazione è di consistenza duro elastica con suono di percussione timpanico smorzato dolente irriducibile, mentre pare apprezzare qualche rumore di gorgoglio. Si decide l'intervento immediato.

Operazione (dott. Merighi). Anestesia locale percainica. Incisione ampia prolungata dalla regione inguinale sino alla tumefazione. Isolamento del sacco che riesce assai indaginoso per le tenaci aderenze. Aperto il sacco fuoriesce una notevole quantità di liquido siero ematico. Fanno sporgenza anse di intestino tenue, alcune delle quali tese, cianotiche con chiazze di emorragia sotto sierosa. In alcuni tratti la suffusione sanguigna si propaga al mesentere i cui vasi sono turgidi. Si sbriglia il colletto e si riduce la massa intestinale. Legatura del sacco. Plastica delle pareti secondo il metodo Bassini.

A questo punto mentre si sta terminando la sutura cutanea l'ammalata accusa dolori addominali diffusi ed avverte il bisogno imperioso di defecare. Si osserva subito che viene emesso sangue in copia abbondante dall'orificio anale, dapprima di colorito nerastro e commisto a coaguli, di poi rosso più chiaro. Si affretta la chiusura delle pareti addominali e si apprestano le cure del caso a mezzo iniezioni di coaguleno, zimema, canfidrolo.

Portata in letto l'ammalata si applica vescica di ghiaccio sull'addome e si procede all'iniezione endovenosa di 10 cc. di cloruro di calcio. Il polso si mantiene buono, la paziente riferisce di sentirsi bene mentre il colorito del volto dapprima pallido ritorna roseo normale. In terza giornata dall'operazione preceduta da dolori addominali diffusi si ripete l'enterorragia dominata con le opportune cure. In quarta giornata compare parotite post-operatoria a destra che però si risolve in pochi giorni e la paziente lascia l'ospedale perfettamente guarita in decima giornata dall'operazione.

Dalla descrizione del caso risulta che l'emorragia è stata non precoce ma precocissima e diciamo pure istantanea essendosi verificata durante l'operazione qualche minuto dopo tolto l'ostacolo strozzante l'intestino. Le evidenti lesioni contusive riscontrate sulle anse intestinali fanno pensare che esse siano state prodotte dalle manovre di riduzione tentate dapprima dalla paziente, poi dal medico. In questo nostro caso si sono verificate tutte le condizioni descritte ed enunciate da Kukula come predisponenti alle enterorragie da taxis, e cioè: *il trauma* prodotto sulle anse intestinali dal tentativo di riduzione; la *precocità* dell'insorgenza della emorragia avvenuta già durante l'atto operatorio ciò che fa deporre forse più per una preesistente raccolta ematica entro il lume intestinale, e sempre secondaria a lesioni arteriose che non per una emorragia sopravvenuta al momento stesso della liberazione delle anse dallo strozzamento. Giacchè pure ammettendo, non appena tolto l'ostacolo, il ripristino immediato della corrente sanguigna nei capillari arteriosi, e la rottura di questi per avvenute lesioni a causa dello strozzamento, ed aggravate dalle ripetute manovre del taxis incruento, il tempo intercorso tra riduzione delle anse strozzate e comparsa della enterorragia è stato talmente breve che fra i due meccanismi di produzione della emorragia è più logico ammettere quello della preesistenza del versamento entro la cavità intestinale anche per il carattere che il sangue emesso in primo tempo presentava. Che poi a sostenere l'emorragia abbia concorso in modo particolare il normale ripristino della circolazione arteriosa entro vasi lesi nella loro integrità non lo possiamo del tutto escludere. L'*abbondanza* dell'emorragia nella nostra paziente è stata rilevante.

L'enterorragia si è ripetuta in terza giornata dall'operazione, ma il sangue di colorito scuro commisto a coaguli nerastri, decomposto, fa sicuramente ritenere che rappresentasse sangue versato fin dal primo momento e che ha ristagnato nel lume intestinale, ed emesso con il ripristino della normale peristalsi.

La particolarità del caso illustrato sta tutta nella precocità della comparsa della enterorragia quale in nessun altro caso citato dalla letteratura potuta consultare è stato dato osservare. Precocità che si può definire istantanea, e simultanea alla rimozione dello strozzamento. Quale ne sia stata la causa precipua credo poter ritenere le manovre ripetute di riduzione sopra un intestino nel quale, a cagione dello strozzamento si debbono essere prodotte lesioni dei vasi capillari forse già in preda di alterazioni arteriosclerotiche data la età non giovane della paziente.

I fenomeni arteriosclerotici, le lesioni trofiche per interruzione del circolo arterioso, la contusione dell'intestino da taxis, sono tutti fattori di indiscusso valore che insieme hanno concorso a produrre una emorragia entro il lume intestinale che la chelotomia per la riduzione delle anse e per il subitaneo ripristino della funzione circolatoria ha resa istantaneamente evidente. Le due teorie di Schnitzler, e Kukula delle lesioni trofiche e della contusione intestinale trovano non solo conferma ma si sommano conciliandosi nello stesso caso. Nè nel caso nostro è possibile pensare ad altre cause di emorragie del tubo digerente indi-

pendenti dal fatto erniario per l'assoluta mancanza di sintomi morbosi precedenti dello stomaco, dell'intestino o del fegato.

Ne consegue come regola pratica che in simili casi, in soggetti affetti da ernia e particolarmente di età avanzata nei quali certamente esistono alterazioni arteriosclerotiche dei vasi sanguigni quando interviene lo strozzamento erniario si deve proscrivere dai nostri mezzi di azione il taxis ripetuto, procedimento senza dubbio brutale che può provocare accidenti dannosi all'ammalato.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di enterorragia precocissima apparsa nel corso di operazione per ernia inguino-labiale sinistra strozzata in soggetto sessantaduenne e ne discute brevemente la genesi di produzione secondo le teorie finora emesse.

BIBLIOGRAFIA.

1) ALOI. *Delle emorragie gastro intestinali consecutive ad erniotomia.* Arch. Ital. di chirurgia, vol. III, 1921.
2) BIANCARDI. *Enterorragie da ernia strozzata.* Acc. Med. di Genova, 15-8-32, anno 47, n. 8.
3) BUSSE. *Sulle emorragie gastro-intestinali postoperatorie.* Arch. f. Klin Chirurgie, f. 76, 1905, pag. 122.
4) DUCASTAING. *Emorragie intestinali precoci consecutive a chelotomia.* Paris Méd., 1921, p. 171.
5) FORNACA e SERAFINI. *Enterorragie consecutive all'operazione di ernia inguinale libera.* Comun. all'Arch. Med. di Torino, 30 aprile 1909.
6) KUKULA. *Etiologia delle enterorragie consecutive allo strozzamento erniario.* Arch. Bohêmens de Méd. Clinique, 1900, T. I.
7) NICAISE. *Sullo strozzamento erniario.* Thèse de Paris, 1866.
8) PAPA. *Ernie strozzate ed enterorragie.* Policlinico, Sez. Pratica, a. XLI, n. 25, giugno 1934.
9) PATEL. *Resezione intestinale per infarto.* Lyon Chirurgical, n. 1, luglio 1910.
10) PATEL. *Enterorragia secondaria ad ernia ombelicale strozzata.* Lyon Chirurgical, luglio-agosto 1920.
11) SAUVÈ. *Emorragie intestinali consecutive all'operazione di ernia in generale.* Revue de Chirurgie, 1905, vol. I.
12) SCHNITZELER. *Emorragie neil'ernia strozzata.* Wiener Mediz. Wochensch., 1897, n. 34.
13) ULLMANN. *Emorragia nell'ernia strozzata.* Wiener Med. Woch., 1897, n. 21.

OSPEDALE CIVILE S. SEBASTIANO,
in Correggio (Reggio E.).

Un caso di "intussusceptio" in se stessa dell'appendice.

Dott. PIO BOSI, direttore-chirurgo.

Credo che non sia priva di interesse la illustrazione di questo caso, che mi è occorso osservare recentemente al tavolo operatorio, molto più che per quanto io abbia fatte ricerche, non mi è stato possibile rintracciare che sia stato descritto.

Come è facile presumere la possibilità di invaginamento di qualsiasi altro tratto dell'intestino, che certamente ha il suo lume capace a contenere sè stesso introflesso, così è altrettanto facile negare a tutta prima tale possibilità all'appendice, essendo questa un organo a lume relativamente ristretto rispetto anche allo stesso spessore delle sue pareti.

L'osservazione del caso che ora sto descrivendo, afferma invece la possibilità di questo invaginamento, sia pure in condizioni patologiche.

Non ritengo che a questo fatto possa attribuirsi un grande valore clinico, perchè esso rappresenta sempre un fatto secondario, conseguenza di un fatto patologico preesistente a carico del viscere che esso interessa; e non ritengo nemmeno che questa disposizione, per quanto rarissima, possa avere sul decorso del processo morboso una influenza tale da poterne modificare la sintomatologia; molto più che anche nel mio caso, non ebbi a rilevare sintomi diversi da quelli che si riscontrano comunemente in una forma appendicolare di una certa gravità.

Tuttavia credo che la descrizione di esso possa sempre essere molto interessante dal punto di vista della patologia e dell'anatomia patologica.

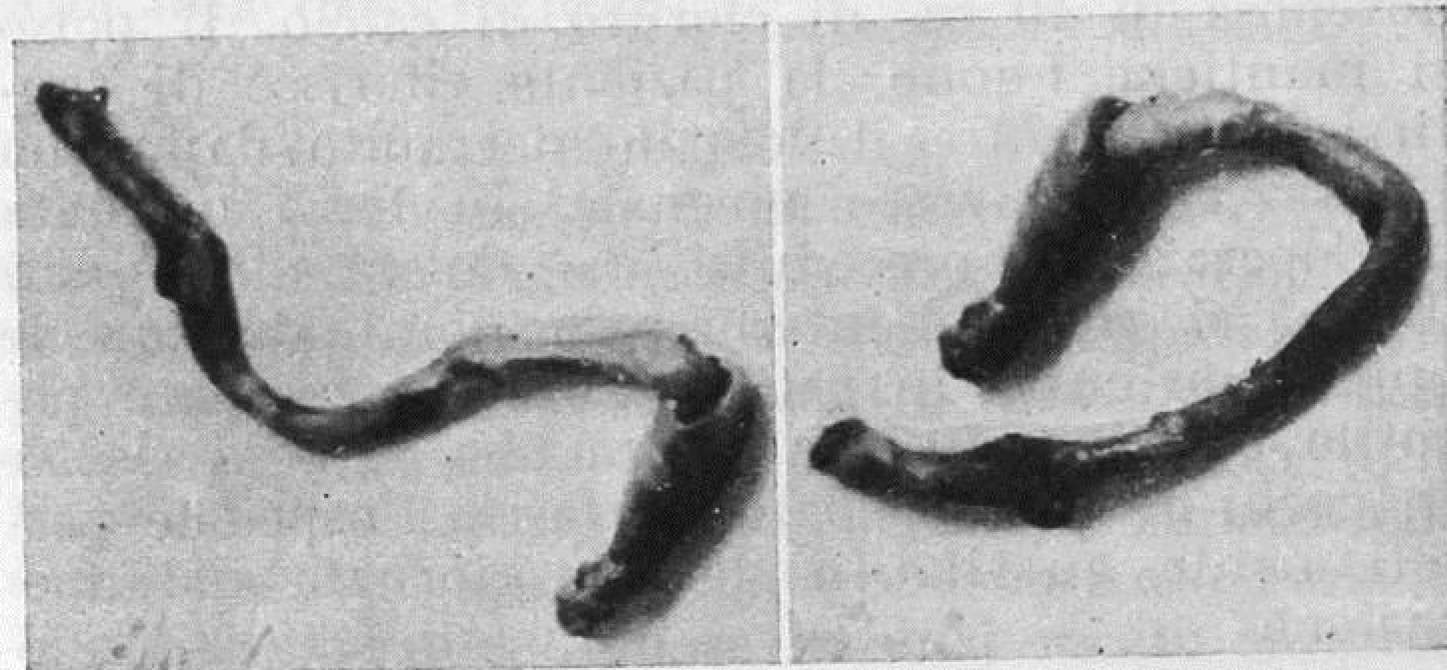


FIG. 1. FIG. 2.

Le figure 1 e 2 riproducono le fotografie dell'organo fresco, eseguite poco dopo la sua asportazione, e dimostrano chiaro l'invaginamento in parola.

Faccio notare che nella figura 2, la parte « intussuscipiens » dell'organo non è stata mossa dalla posizione datale nella figura 1, e che in essa è stata solamente rovesciata a destra la coda del tratto invaginato che nella prima si presenta a sinistra; ciò allo scopo di permettere di osservare che il cercine di invaginamento è veramente completo.

Nella figura 3, è stata riprodotta l'appendice in descrizione a tratto invaginato liberato.

Questo corrispondeva al tratto compreso fra i due segni ↓↓ nella stessa figura.

Esso era di facilissima riduzione per l'assenza completa di aderenze siero-sierose; presentava però una tendenza spiccata al riinvaginamento spontaneo ogni qualvolta lo si liberava da esso.

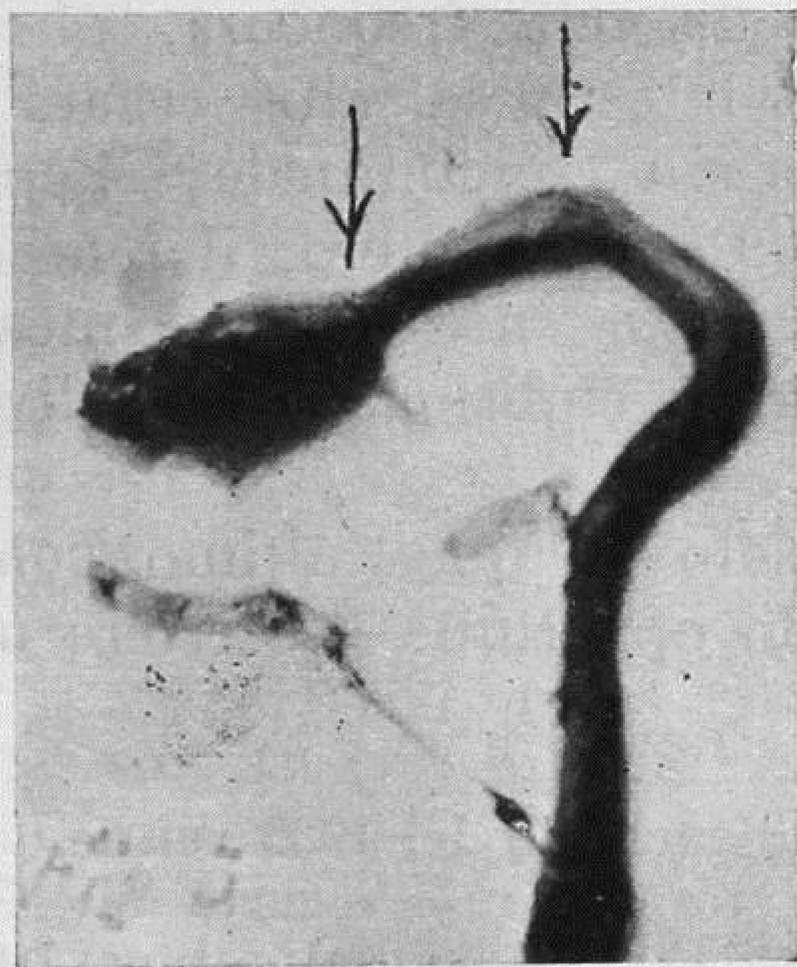


FIG. 3.

Non priva di interesse è la forma a clava della estremità apicale di questa appendice, che rappresenta del resto il tratto invaginante.

Il lume dell'organo aveva mantenuta la sua pervietà in tutta la sua lunghezza per quanto si presentasse naturalmente ristretto ad imbuto per tutto il tratto invaginato. La figura 4 riproduce il viscere aperto nel senso della sua lunghezza, mette in rilievo questa pervietà e dimostra che la sua mucosa fosse tutt'altro che normale per la presenza di numerosissime emorragie puntiformi.

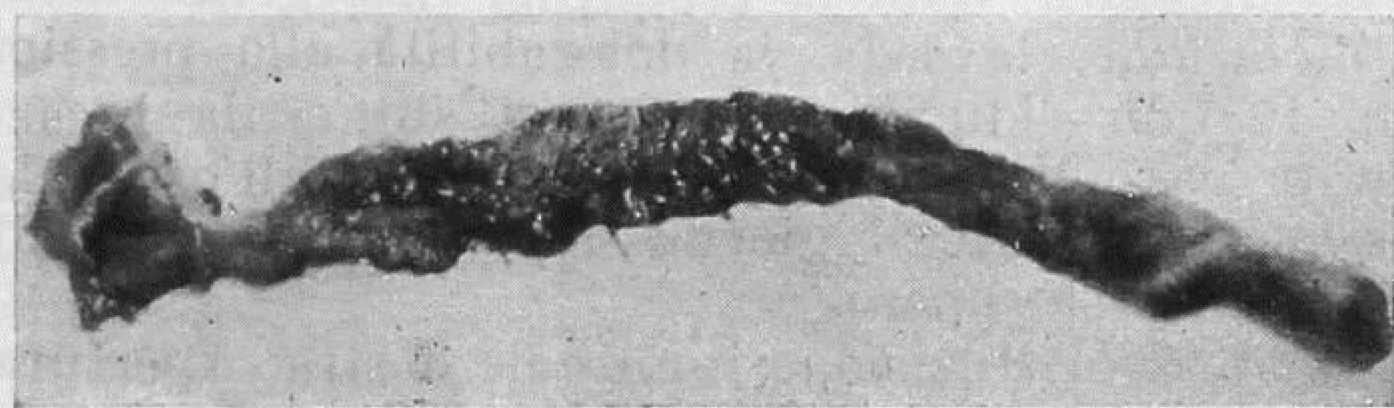


FIG. 4.

Quale sia stato il meccanismo che ha portato questa appendice alla intussuscezione in sè stessa, non è facile ad interpretare: però si deve a priori ritenere che quando il fenomeno si è verificato, il viscere fosse già da tempo in preda a processi infiammatori, poichè era necessario che si fossero già stabilite in esso delle condizioni che potessero permettere l'invaginamento in parola: condizioni che l'appendice normale assolutamente non presenta, salvo sempre che in essa non si siano verificate delle anomalie di sviluppo che l'abbiano deviata da quella che è la sua conformazione normale, indipendentemente da processi patologici veri e propri.

E queste condizioni devono necessariamente consistere:

1) in una dilatazione del lume del viscere limitatamente al tratto invaginante;

2) nella fissazione di questo tratto e solo di esso (il rimanente del viscere deve conservare completa la sua libertà);

3) in uno sviluppo maggiore ed anormale dell'organo nel senso della sua lunghezza.

È chiaro che queste condizioni rappresentano altrettanti esiti di pregressi fatti infiammatori: si deve quindi concludere che l'invaginamento della appendice in sè stessa è certamente possibile, ma soltanto in periodo di cronicità della sua forma infiammatoria, o in periodo di regressione della forma stessa.

E queste condizioni io appunto riscontrai nel caso che ora sto descrivendo.

L'organo infatti *era* straordinariamente *lungo* (il pezzo asportato misurava 19 centimetri di lunghezza); *libero* da aderenze *in quasi tutta la sua lunghezza*, e *fisso* in profondità *solamente per il tratto corrispondente al tratto apicale, che si presentava*, come ho già detto, *dilatato a clava*.

Nei riguardi della sintomatologia e del decorso clinico, non ho rilevato nulla di speciale nè di diverso da quanto si rileva in un caso di una comune appendicite complicata da peritiflite.

Il paziente, tre mesi e mezzo prima di sottoporsi all'atto operativo, aveva sofferto di un attacco di una certa gravità, tanto che in primo tempo, il medico curante, sospettò, e non a torto, che partecipasse al processo anche il peritoneo sotto forma di peritonite vera e propria, sì che lo fece ricoverare d'urgenza in ospedale. Quivi, dimostrando subito la forma una spiccata tendenza alla regressione, preferii attenderne il raffreddamento prima di intervenire.

Durante tutto il periodo in cui io trattenni il paziente in osservazione, esso non accusò disturbi speciali: il dolore che presto si circoscrisse alla regione della fossa iliaca, andò man mano diminuendo, ed il solito essudato peritiflitico andò anch'esso riassorbendosi, tanto che in ventiquattresima giornata dimisi provvisoriamente il malato in attesa che si stabilissero in esso le condizioni più favorevoli per l'intervento.

Riammessolo nuovamente in ospedale dopo circa due mesi, lo sottoposi ad atto operativo. Questo fu estremamente delicato; sopratutto per quanto si riferì alle manovre per la liberazione dell'apice, che non solo si trovava fisso in profondità per la presenza di aderenze assai resistenti, ma anche incarcerato fra anse del tenue anch'esse aderenti fra loro.

Il decorso postoperatorio fu normale e il paziente potè essere dimesso guarito in venticinquesima giornata.

La intussuscezione che io riscontrai nel viscere asportato, ha secondo me un valore di esito, poichè non può essersi verificata se non durante il periodo di regressione del fatto acuto.

In questo caso, si verificò certamente una appendicite limitata al tratto apicale del viscere, verosimilmente provocata da ristagno del suo secreto, con conseguente formazione di una raccolta, che fu la causa diretta della dilatazione del lume nel tratto interessato dal processo.

Non mi è stato possibile rilevare sul viscere asportato alcun segno che indicasse per quale via la raccolta abbia trovato il suo esito, ma penso che molto probabilmente ciò sia avvenuto attraverso ad una perforazione. La notevole reazione periappendicolare conforta questa tesi, mentre d'altra parte, lo svuotamento attraverso il lume appendicolare sarebbe stato certamente difficoltato se non da altro, dalla anormale lunghezza del viscere che certamente avrebbe risentito di questo passaggio.

Comunque, è da ritenere per certo che l'invaginamento deve essere avvenuto soltanto dopo che la cavità ascessuale si fu svuotata dal suo contenuto, poichè è ovvio ritenere che la presenza di questo, avrebbe certo rappresentato un ostacolo per il verificarsi dell'invaginamento medesimo.

Che la dilatazione del tratto apicale non sia stata determinata da una eventuale pressione del tratto invaginato, lo dimostra il fatto che questo ultimo era ospitato troppo comodamente nell'invaginante, e che fra l'uno e l'altro non si sono formate aderenze, e nemmeno si sono verificate quelle turbe circolatorie che si riscontrano frequentemente nei casi di invaginamenti a sede intestinale, e che possono portare sino alla gangrena dei tratti di visceri invaginati.

Concludendo questa mia nota, devo quindi affermare che quell'invaginamento dell'appendice in sè stessa, di cui non ho trovato alcun cenno, e che a tutta prima dovrebbe dirsi impossibile, può essa pure verificarsi. Ciò non come fenomeno primitivo determinante o concomitante l'insorgenza di un attacco appendicolare, ma solamente come fenomeno secondario durante il periodo di regressione dell'attacco stesso, sempre però che nel primo tempo si siano determinate nel viscere delle modificazioni di forma, e si siano stabilite così delle condizioni permittenti che in una appendice normale non esistono certamente.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di invaginamento in sè stessa dell'appendice da lui osservato al tavolo operatorio. Ne interpreta il meccanismo ed afferma la possibilità di tale fenomeno solamente quando vi siano delle condizioni permittenti che esso stesso precisa.

Raro reperto erniario.

Dott. OVIDIO BETTINELLI,
Castellanza (Varese)

È noto che nel sacco erniario inguinale trovansi con discreta frequenza, oltre alla comune ansa intestinale, altri organi più disparati della cavità addominale: l'epiploon, la appendice, l'ovaia, l'utero, il rene mobile, lipomi e anche un'ansa o tratto intestinale anomalo, residuo embrionario: il diverticolo di Meckel.

A proposito di quest'ultimo contenuto erniario credo opportuno descrivere un caso occorsomi.

Ai primi di maggio del 1932 venne da me a farsi visitare un mio cliente, certo M. Giacomo, di anni 54, operaio candeggiatore, per una tumefazione dell'inguine destro, formatasi a detta sua da due giorni, e che gli procurava vivo dolore al contatto degli abiti ed alla palpazione: non dolore spontaneo, nè nella deambulazione, nè sotto i colpi di tosse.

L'individuo di costituzione sana, senza difetti o tare, che non ebbe mai a soffrire malattie di sorta, presentava all'esame *de visu* dell'inguine destro, a metà della piega, una tumefazione di forma sferica, sessile, del volume di una grossa ciliegia coperta di cute normale: sotto i colpi di tosse la tumefazione non si alterava nè si spostava. Alla palpazione la cute era di temperatura normale, non aderente alla massa che sotto si palpava, del volume predetto, di superficie liscia, di consistenza dura elastica, fissa sui piani sottostanti, dolente alla pressione, che non si modificava di volume nè si spostava con la tosse, opaca alla transilluminazione. L'ammalato nel complesso generale non accusava altri disturbi.

La diagnosi, data la repentina insorgenza della tumefazione, la sede, la dolorabilità alla pressione, la non riducibilità, verteva sull'ernia incarcerata e reputai cosa buona inviarlo all'ospedale di Legnano dove il giorno dopo, il 9 maggio, il prof. Losio lo operò.

Operazione: Incisione inguinale destra. Apertura del canale. Si riscontra a livello dell'anello inguinale cavitario un corpo globoso aderente al funicolo e fisso ai contorni dell'anello. Si isola e si constata che esso è costituito da un sacco ispessito e da un contenuto aderente. Aperto sul fondo, si libera il polo del viscere contenuto, quindi, comportandosi come per l'ernia strozzata si sbriglia il colletto. Si può in tal modo liberare completamente l'organo ed esteriorizzarlo completamente. Esso è costituito da un lungo e largo diverticolo dell'ileo, che riproduciamo (fig. 1). Liberato dal suo meso il diverticolo viene resecato alla base e questa affondata con sutura duplice in senso trasversale all'asse intestinale così da non ridurre il lume. Chiusura del sacco erniario a borsa, ricostituzione del canale inguinale secondo Bassini. Decorso regolare, guarigione per prima.

Il pezzo anatomico asportato, di cui riproduco la fotografia (fig. 2), in grandezza naturale (spaccato longitudinalmente) aveva tutta l'apparenza di un tratto normale di intestino tenue a fondo cieco, presentava anche un meso che lo teneva fis-

sato all'ansa. La parte distale per un tratto di due centimetri circa dalla punta era strozzata e sembrava una grossa ciliegia rossa scura e liscia. Lungo sette centimetri, del diametro di due centimetri.

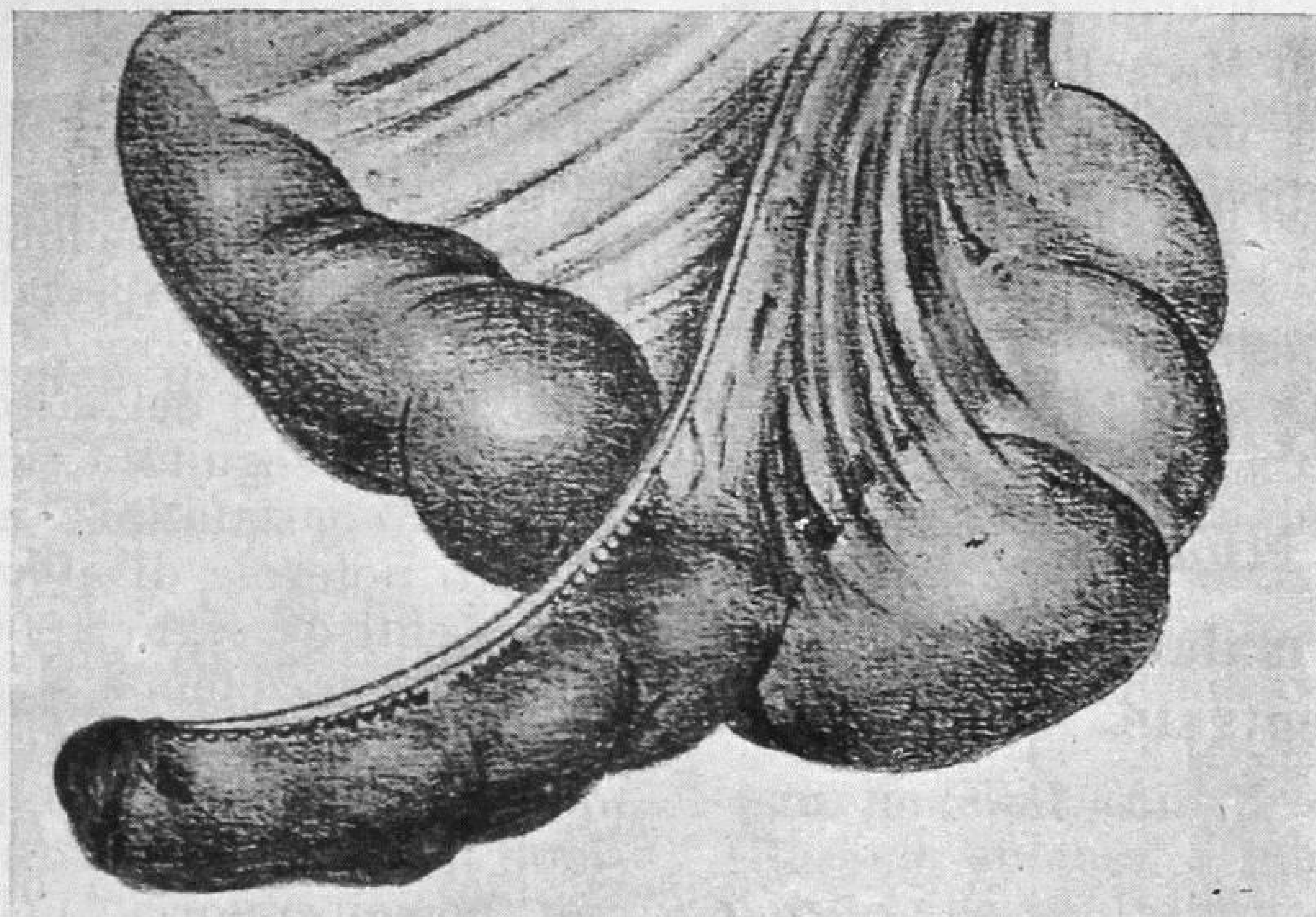


FIG. 1.

A mio modo di vedere il caso può interessare se si prendono in considerazione le probabili complicazioni che avrebbero procurato il ritardo all'atto operatorio ed il curare l'affezione in modo diverso da una ernia.

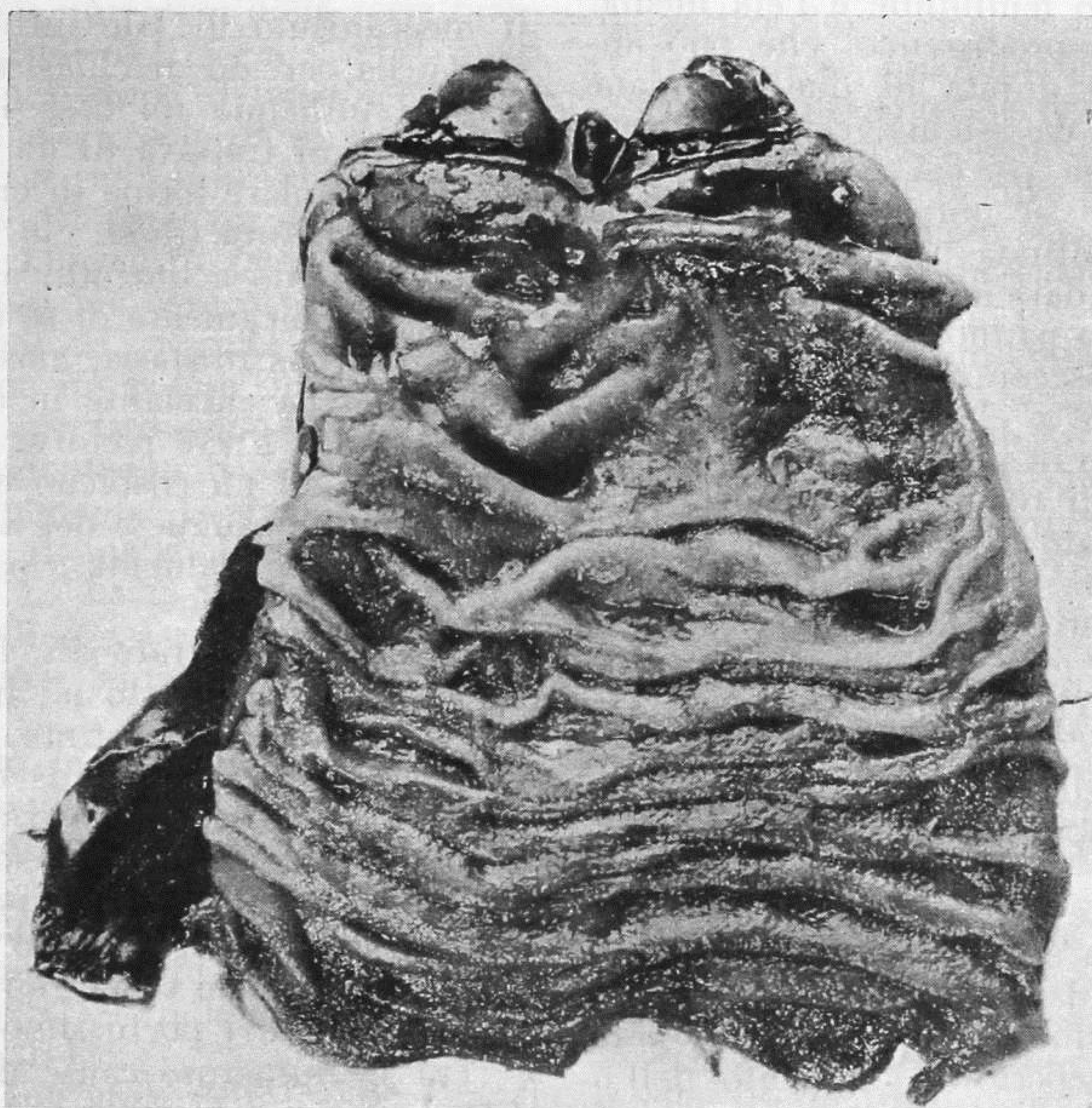


FIG. 2.

Parecchi casi sono descritti nella letteratura, di ernie di Meckel trattate come ascessi o come suppurazione di glandole linfatiche, incise ed aperte dopo vari giorni di applicazioni di cataplasmi caldi e di pomate risolventi, residuate poi nei casi ad andamento meno grave in fistole stercoracee, in altri seguite da morte per peritonite generalizzata da diverticolite, o anche da cancrena dell'ansa anomala.

Si è tratti in inganno, in questi casi, dalla mancanza dei segni patognomonici precoci dello strozzamento; ma se non è possibile la diagnosi precisa di contenuto erniario, la diagnosi di complicazione erniaria deve essere stabilita sulla base di esame clinico attento perchè da essa trae la sua indicazione l'intervento

chirurgico dalla cui precocità può dipendere la vita dell'ammalato.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di ernia strozzata contenente un diverticolo di Meckel ed argomenta che dalla esattezza della diagnosi e dalla precocità dell'intervento dipendono la vita e la salute dell'a.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'iperazotemia nelle malattie e lesioni del sistema nervoso centrale.

(G. Bruni. *La Clinica Medica Italiana*, marzo 1935).

Nel 1930 Toulouse, Marchand e Courtois pubblicarono per la prima volta i risultati dei loro studi sopra una forma di encefalite acuta, caratterizzata da particolare imponenza dei fenomeni psichici, dalla gravità del decorso e dalla costante concomitanza di una elevata azotemia. Si tratta di una malattia infettiva febbrile capace di dar luogo a piccole epidemie, che appare nella stagione invernale e colpisce a preferenza il sesso femminile e l'età media.

Dopo un periodo prodromico, che può anche mancare, della durata di due settimane circa, caratterizzato da astenia, cefalea, insonnia, comparisce una psicosi a carattere maniacale assai grave accompagnata talora da febbre, la quale continua per tutto il periodo dell'acme che dura dai cinque agli otto giorni.

La lingua è prima patinosa, poi arida e brunastra; vi è anche esagerazione dei riflessi tendinei, con accenno a cloni. Nelle forme ad esito letale che sono in genere la maggioranza, segue un periodo di tre a cinque giorni, durante il quale lo stato di agitazione si attenua e compaiono rigidità nucale, midriasi pupillare, ipotensione arteriosa, tachicardia, cianosi, decubiti, e si passa gradatamente in uno stato comatoso, che si chiude dopo breve tempo con la morte.

Vi sono anche delle forme benigne, che dopo superato il periodo dell'acme, vanno gradatamente verso la guarigione. Nelle orine si riscontra solamente una diminuzione nella quantità giornaliera ed una lieve albuminuria. Risultato negativo danno le ricerche culturali sul sangue e sul liquor. Vi è leucocitosi notevole. Importante reperto è l'aumento dell'urea nel sangue, che si manifesta precocemente e cresce rapidamente fino a raggiungere cifre del 4-6 per mille. Questo fatto contrasta con la mancanza di lesioni anatomiche rilevanti nei reni. A questa iperazotemia viene data grande importanza sia diagnostica che prognostica: infatti mentre nelle forme ad esito letale, il tasso azotemico aumenta incessantemente, nelle forme ad andamento benigno, esso dopo una prima ascesa, comincia a diminuire e continua celermente nella discesa.

La autopsia mette in luce lungo il neurasse, emorragie puntiformi e note degenerative di carattere tossinfettivo negli altri visceri. Si tratterebbe di una forma di encefalite sui generis per la fisionomia clinica, per il quadro anatomo-patologico e specialmente per la iperazotemia.

Ma l'aumento del tasso ureico nel sangue è risultato, in seguito a ricerche ulteriori, un reperto di constatazione assai frequente in un numero notevole di affezioni del sistema nervoso esenti da segni apprezzabili di lesioni renali. La iperazotemia si può infatti riscontrare in tutti i deliri acuti, nel *delirium tremens*, in forme acute di paralisi progressiva, di confusione mentale, di psicosi di Korsakoff, di psicosi post-operatoria, nel male epilettico, in meningiti ecc. Anche in individui che avevano riportato traumi al capo fu riscontrato un aumento dell'azoto non coagulabile nel sangue. Sperimentalmente è stata ottenuta la conferma dell'influenza di lesioni in punti diversi dell'encefalo, sul ricambio azotato. Non si può dunque oggi più mettere in dubbio che il sistema nervoso centrale possa influenzare il ricambio azotato, resta però ancora a risolvere il meccanismo di tale influenza. Questa quistione ha cercato di chiarire l'A. del presente lavoro studiando un caso interessante da lui osservato. Si trattava di un giovane ammalato di una singolare forma di encefalite cronica di probabile natura tifosa, che dopo esser passata per uno stadio acuto otto anni fa, aveva dato segno periodicamente di sè con crisi distanziate di disartria, disfasia, afasia e convulsioni epilettiche. La encefalite in quistione, in occasione di una grave recidiva epilettogena si accompagnò ad un cospicuo elevamento del tasso ureico del sangue e del liquor, che andò dileguandosi rapidamente e parallelamente ai fenomeni nervosi.

Le azotemie extrarenali, alle quali appartiene quella del suddetto p., hanno cause molteplici che Roch ha distinte in tre gruppi: da insufficiente escrezione, da esagerata produzione endogena, da eccessivo apporto esogeno di sostanze proteiche. Nel caso in esame si deve senz'altro escludere trattarsi di eccessivo apporto esogeno perchè il p. e durante la degenza in ospedale e nei giorni precedenti al ricovero, si nutrì pochissimo.

Tra le numerose cause di iperazotemia da accresciuta produzione endogena l'unica che possa essere invocata almeno in parte è quella capace di promuovere uno stato di iperepatia: infatti la storia clinica riferisce che la somministrazione di glucosio determinò comparsa di potere riducente nelle orine. Ma la ragione pre-

cisa di questa iperazotemia l'A. pensa debba vedersi in una insufficiente escrezione, non da lesione anatomica, ma da disfunzione renale a patogenesi nervosa per quanto concerne esclusivamente la escrezione dell'urea. Infatti gli esami funzionali praticati: prova di diluizione e della concentrazione, prova della fenolsulfonftaleina, avevano dimostrato una minorazione della capacità secretoria, progressivamente attenuatasi poi, col diminuire del tasso ureico sanguigno. VICENTINI.

L'aspetto neurologico della leucemia.

(R. S. SCHWAB e SOMA WEISS. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, giugno 1935).

Gli AA. riferiscono il caso di un giovane 24enne che presentava paralisi del facciale sinistro, difficoltà alla deglutizione e paresi del velopendolo a sin. Questi disturbi nervosi duravano da 2 giorni e la conta dei leucociti aveva dato 14.000, senza elementi morfologicamente anormali. Altri tre giorni dopo i leucociti erano 19.000, ma non presentavano alterazioni morfologiche. La puntura lombare diede liquor limpido con linfocitosi e aumento delle proteine. Al quarto giorno era comparsa paralisi anche del facciale destro. Al 10° giorno segni di ipotensione cerebrale: cefalea, rigidità nucale, vomito, pressione del liquor 10. Dopo un mese si cominciarono a trovare nel sangue elementi immaturi della serie bianca, mentre la diplegia facciale era quasi scomparsa. Due mesi dopo il malato era pallido e deperito e c'era solo lieve deficit del facciale sinistro, con rigidità nucale e accenno al Kernig, assenza del patellare destro.

Da allora ogni giorno fu fatta quasi giornalmente la puntura lombare e si trovò anche ipoglicorachia, che, da ricerche eseguite, risultò dipendente da un potere glicolitico delle cellule del liquor. Si trovarono anche emazie nel liquor. Il metabolismo basale del sangue sterile era notevolmente aumentato (fino a + 25 %), mentre il metabolismo basale del paziente era + 3 %. La morte avvenne dopo 139 giorni dalla prima osservazione del malato, il quale non ritrasse giovamento da applicazione di raggi X.

L'autopsia rivelò le alterazioni di una leucemia acuta linfocitica e infiltrazioni linfocitarie furono trovate oltre che in tutti gli organi anche nelle meningi e nel cervello.

La letteratura degli ultimi 50 anni dà 146 casi di leucemia con disturbi nervosi; nel 25 % dei casi c'erano alterazioni istologiche del sistema nervoso centrale.

Su 334 casi di leucemia veduti a Boston, si ebbero manifestazioni nervose nel 20,5 % e queste consistettero in paralisi uni o bilaterale del 7° e 6° nervo cranico; meno frequenti furono le lesioni a carico del 5°, 8°, 9°, 10°, 11° e 12°. Si notarono anche: assenza dei riflessi profondi, segni piramidali, parestesie.

Nel 73,6 % su una cifra di 34 casi il liquido cerebrospinale dava aumento delle cellule e delle proteine e pressione elevata.

Nei malati di leucemia bisogna esaminare sistematicamente il sistema nervoso e non trascurare un esame del liquor. R. LUSENA.

Il segno del cremastere in patologia nervosa.

(F. LÉVY. *Gazette des Hôpitaux*, 10 apr. 1935).

Il riflesso cremasterico consiste in un movimento di ascensione del testicolo a seguito di eccitazione della pelle o delle masse musculari della regione supero-interna della coscia. Talvolta l'eccitazione della pelle non basta a provocare il riflesso ed allora bisogna ricorrere alla pressione sui muscoli. Pertanto non si può concludere per l'assenza del riflesso se non quando esso non è provocato dalla doppia eccitazione cutanea e muscolare. Il fenomeno è dovuto alla contrazione del climastere ed è indipendente dal riflesso dartoico dovuto alla contrazione dello scroto.

Déjerine ha notato che quando c'è criptorchidismo con il testicolo nell'anello inguinale, l'eccitazione della faccia interna della coscia non provoca alcun movimento dello scroto, ma esagera la retrazione del testicolo. Molto accentuato nei bambini, il riflesso s'indebolisce nei vecchi e manca negli individui affetti da varicocele.

Tra riflessi addominali e cremasterico non esiste nessuna sinergia fisiologica e patologica. Il cremasterico si manifesta verso il 10° giorno dalla nascita, mentre gli addominali compaiono al 7°-8° mese. Questa discriminazione ontogenica dà ragione della dissociazione clinica di detti riflessi.

Nelle affezioni midollari il cremasterico è abolito nelle paraplegie flaccide, conservato o esagerato nelle paraplegie spastiche. Déjerine, Long e altri lo hanno trovato quasi sempre conservato nelle sezioni totali del midollo, mentre Lhermitte e Levy ne hanno constatata anche la scomparsa.

Nelle lesioni cerebrali Brissaud e Souques hanno trovato spesso abolito il riflesso in due lati e più frequentemente dal solo lato paralizzato. Per Déjerine nelle emiplegie recenti il riflesso scompare ai due lati nella fase comatosa e poi solo dal lato paralizzato e talvolta anche ad ambo i lati.

Durante la guerra si è osservato che nella grande maggioranza dei casi di ferite penetranti del cranio il riflesso cremasterico è per lo più totalmente abolito dal lato opposto a quello traumatizzato, qualche volta indebolito ed eccezionalmente conservato.

Viceversa in tutte le ferite craniche non penetranti non è stata mai constatata la scomparsa del riflesso cremasterico.

In linea generale, salvo che nelle ferite della regione occipitale e nelle fratture della base,

si è sempre constatata la scomparsa o l'indebolimento rapido del riflesso cremasterico al lato opposto a quello della lesione, ogni qual volta questa era penetrante o anche quando la dura madre era scollata o perforata.

Nelle ferite della volta parieto-temporale l'areflessia cremasterica esiste anche in mancanza di segni di paralisi o di eccitazione cerebrale.

I riflessi addominali omolaterali non sempre seguono la sorte del cremasterico.

L'abolizione del cremasterico è più o meno duratura e può persistere anche dopo la guarigione chirurgica.

Déjerine pone il centro dei riflessi cremasterici, come di tutti i cutanei, a livello del 1° e 2° segmento lombare, e quindi ammette che la loro scomparsa a seguito di lesioni della corteccia motrice costituisca un atto di inibizione. Ma una sì fatta interpretazione non è più plausibile quando si constata la dissociazione dei riflessi cutanei (conservazione degli addominali, abolizione del cremasterico) in conseguenza di lesioni cerebrali.

Ma a parte le considerazioni fisio-patologiche il comportamento del riflesso cremasterico nei traumi cefalici ha notevole significato clinico ed applicazioni terapeutiche. Nei casi nei quali le ferite craniche non sono largamente aperte con fuoriuscita di sostanza cerebrale, o nei quali l'esame radiologico non mette in evidenza la presenza di corpi estranei, o infine nei quali non esistono sintomi nervosi di paralisi o di eccitazione, il chirurgo ignora se la ferita è o non penetrante. La persistenza o la scomparsa del riflesso cremasterico risolve il dubbio. Se il cremasterico è abolito la ferita è penetrante e bisogna operare d'urgenza. La sua persistenza non consente di negare in modo assoluto la penetrazione, ma la rende poco probabile. DR.

Operabilità dei tumori del 3° ventricolo.

(J. ARCE e M. BALADO. *Archivós Argentinos de Neurologia*, aprile 1934).

Gli AA. ci espongono un nuovo loro metodo operatorio per raggiungere i tumori del terzo ventricolo (diagnosticati in forma precisa colla ventriculografia fatta con l'olio iodato) attraverso il corpo calloso.

L'operazione si pratica secondo i tempi seguenti:

1) A livello del bregma si pratica una incisione antero-posteriore di 7 cm. di lunghezza alle estremità della quale si aggiungono due incisioni trasversali verso destra, che permettano la formazione di un lembo aponeurotico.

2) Allontanato questo lembo e denudato l'osso, si fa un orifizio con il trapano che poi si allarga con la sgorbia fino ad una lunghezza di 6 cm. e una larghezza di 4 cm.

Il bordo interno di questo rettangolo continua la linea mediana a destra del seno longitudinale.

3) Si apre la dura madre, la sostanza cerebrale allora la ernia per l'ipertensione, che si fa scomparire pungendo il ventricolo laterale destro e facendo uscire all'incirca 40 cc. di liquido cefalo-rachidiano. Allora è facile allontanare il margine superiore dell'emisfero cerebrale destro.

4) Si avanza poi lentamente in profondità allontanando il fianco interno dell'emisfero, fino a trovare la faccia superiore del corpo calloso.

5) Con una pinza smussa si separano gli elementi di esso nel senso antero-posteriore per una estensione di 4 cm.; allora con facilità si apre il ventricolo da cui esce il liquido cefalo-rachidiano in abbondanza.

Scoperto il tumore si applica su l'estremità dell'elettrodo sferoidale dell'apparecchio d'elettrocoagulazione di Keysser, il cui tronco metallico è stato in precedenza ricoperto con un manicotto isolatore in caoutchouc per evitare la coagulazione degli elementi vaccini, e si fa passare la corrente per 10 secondi con una intensità di 6 ampères.

N. DI PAOLA.

Nuovi metodi di cura dell'epilessia.

(O. KANDERS. *Wiener Klinische Wochenschrift.*, 1° febbraio 1935).

La teoria secondo la quale gli accessi epilettici parrebbero determinati da particolari lesioni o processi patologici del cervello appare sempre meno fondata di fronte alla concezione che la causa degli accessi stessi sia da attribuirsi ad un'alterazione del ricambio generale. Questa nuova concezione ha dato impulso ad un nuovo indirizzo terapeutico e d'altra parte ha indotto a dare maggiore importanza ad un'anamnesi completa ed a tener conto di tutti gli eventuali fattori e disordini, che costituiscono come lo sfondo dell'epilessia. E in effetti si è constatato che tenendo conto di questi elementi accessori, che poi in fondo sono causali si sono potuti ottenere effetti sorprendenti senza per altro modificare le direttive della cura sintomatologica.

La cura dell'epilessia può essere: medicamentosa, dietetica e chirurgica.

Rispetto alla cura medicamentosa sono sempre in prima linea i bromuri ed il luminal. Quantunque non sempre corrispondano essi devono ritenersi i medicamenti indispensabili per ogni epilettico. Per altro i bromuri hanno lo svantaggio di produrre a lungo fenomeni d'intossicazione, il bromismo, mentre il luminal ha lo svantaggio di produrre una certa sonnolenza. Per ovviare a questo inconveniente sono stati messi in commercio preparati costituiti da mescolanze in varia proporzione di luminal e belladonna, luminal e

piramidone, luminal e caffeina. L'aggiunta di queste varie sostanze rinforzerebbero l'azione antiepilettica del luminal in modo da renderne necessarie dosi minori. È stato suggerito anche come succedaneo il brominal (acido N/Metiletilfenilbarbiturico), che però secondo le esperienze dell'A. non darebbe effetti migliori. Alla stessa serie appartengono i preparati francesi gardenal e rutonal.

Come varianti della cura bromo-luminal è stato consigliato l'uso di altri numerosi preparati, come l'episan, l'epilepticon, il lubrokal, l'epilamin, ma l'esperienza fatta finora non è sufficiente per poterne apprezzare il valore. Pitulescu e Schulhof hanno molto vantato un preparato americano, la Donhide, nella composizione del quale entra l'estratto di Scutellaria laterifolia, alla quale si attribuisce un'azione antiepilettica specifica, oltre ad altre sostanze e sopratutto a discrete quantità di bromuro di sodio e di ammonio. Sarebbe interessante precisare quanto della virtù terapeutica di questo preparato spetta al bromo e quanto alle sostanze vegetali.

Nei casi nei qali il bromo rimane inefficace o da fenomeni d'intolleranza si è suggerito di adoperare il boro, sopra tutto sotto forma di tartarus boraxatus alla dose di 3-8 grammi al giorno.

Risultati favorevoli sono stati ottenuti anche con l'epicom, un preparato analogo all'epilecticon. Si tratta di una mescolanza di formamide e triossimetilene, alle quali per rafforzarne l'azione sono aggiunti castoreo e assa fetida. Bauer in una serie di 12 casi constatò una spiccata influenza favorevole riguardo alla frequenza degli accessi sia in riguardo alle condizioni generali. Negli adulti e nei casi gravi si comincia con il dare 25 goccie di epicon tre volte al giorno aumentando poi gradatamente fino a raggiungere la dose di 150 gocce quotidiane. Contemporaneamente si somministrano le dosi abituali di luminal.

Per la cura dello stato epilettico gli autori inglesi e francesi raccomandano le iniezioni di acetilcolina. Nei casi gravi è stato tentato con successo l'apertura della scatola cranica per ottenere uno scarico della pressione del liquor.

Negli ultimi tempi sono stati vantati notevoli successi dalla cura della fame, della disidratazione dell'organismo mediante la cura secca e dalla dieta chetogena.

Quest'ultima in fondo si basa sullo stesso principio della cura del digiuno in quanto si tende a produrre uno stato di acidosi, la quale può essere dimostrata tanto nel sangue che nel liquor. La dieta chetogena si pratica così: inizialmente la dieta è costituita esclusivamente di grassi e carboidrati nel rapporto 1:1, quindi gradatamente si aumenta la razione dei grassi e si riduce quella dei carboidrati fino a raggiungere il rapporto 4:1. Questa dieta è effettivamente vantaggiosa e dovrebbe costituire la norma alimentare di tutti gli epilettici anche di quelli che si curano a domicilio.

Dattver ha rilevato che gli epilettici sono particolarmente sensibili verso determinati alimenti, come se si trattasse di una condizione allergica. Di tal fatto bisogna tener conto per eliminare dalla dieta quegli alimenti che alla prova si mostrano nocivi.

Nei casi nei quali è comprovata una particolare insufficienza endocrina è giustificata la relativa terapia ormonica.

Non ancora largamente utilizzate sono le cure a base di iniezioni parenterali di albumine e vaccini, nonchè la piretoterapia.

Il trattamento chirurgico dell'epilessia (puntura del corpo calloso e operazione corticale di Förster) è stato abbandonato. È stato invece raccomandato l'intervento sul sistema simpatico-parasimpatico i cui risultati sono però tuttora deboli.

L'insufflazione di aria agisce, come ha rilevato Silbermann nella Clinica Neurologica di Vienna, soltanto nei casi di epilessia giovanile e sopra tutto nella picnoepilessia.

In complesso si può affermare che il trattamento dell'epilessia è ora molto progredito, e si hanno a disposizione metodi di cura vari che devono essere applicati con criterio a seconda delle particolarità di ogni caso. Certo si è ancora lungi dal combattere il male nella sua origine, ma si può con successo vincerne le conseguenze più moleste e funeste.

DR.

STORIA DELLA MEDICINA.

Progressi della medicina negli ultimi 25 anni.

(W. L. BROWN. *Brit. Medic. Journ.*, 4 maggio 1935).

In occasione del Giubileo reale inglese il *B. M. J.* ha pubblicato vari articoli sui progressi di alcune branche della scienza medica. W. L. Brown tratta dei progressi della medicina.

A questo periodo appartengono le scoperte nel campo delle malattie da carenza, delle quali si sono individuate le cause, la mancanza delle vitamine, delle quali si è anche in parte riuscito a stabilire la natura e la composizione chimica.

Associate con queste scoperte sono quelle che riguardano l'etiologia e la patogenesi dell'anemia perniciosa e di altri tipi di anemia.

Di speciale importanza sono la scoperta deldell'insulina, del paratormone, dell'estrina, e dell'importanza regolatrice dei nuclei diencefalici sul giuoco degli ormoni.

L'aver stabilito che nella composizione dell'estrina entrano gruppi benzenici complessi,

simili a quelli della ergosterina e delle sostanze cancerogene, fa sperare in grandi progressi nel campo dei tumori maligni.

Di speciale importanza sono le recenti acquisizioni sulla liberazione di sostanze ad ogni azione nervosa e sull'influenza favoreggiatrice o inibitrice di medicamenti sull'azione di tali sostanze (istamina ecc.).

La biochimica ha aiutato la medicina nella diagnosi e nella prognosi, specialmente nelle malattie del ricambio e nelle nefriti. L'esame del succo gastrico non è più in voga nelle gastropatie, ha acquistato maggior importanza nelle malattie del sangue.

Molti metodi di laboratorio complicati sono un po' in ribasso, es. il metabolismo basale; ed è giusto, perchè questi mezzi precisi hanno svelato malattie e disturbi che poi si sono imparati a riconoscere a letto del malato. Ciò vale sopratutto per i disturbi cardiaci che l'impiego dell'elettrocardiogramma ha fatto conoscere.

I metodi elettroterapici, ad eccezione della diatermia, ed elettrodiagnostici sono meno in voga di una volta. Grandi progressi sono stati fatti dalla Röntgen e radiumterapia, sulle quali si fondano molte speranze nella terapia dei tumori. La terapia si è arricchita negli ultimi 25 anni di rimedi potenti, il neosalvarsan, i preparati di antimonio, i barbiturici, gli ormoni ecc.

Secondo l'A. il progresso più notevole è dovuto agli studi di Freund, Jung e Adler, che hanno condotto ad una nuova realizzazione dell'aspetto psicologico della medicina, che avrà sempre maggiore importanza nell'avvenire.

ZITO.

Dei progressi della chirurgia negli ultimi 25 anni.

(C. WALLACE. *Brit. Med. Journ.*, 4 maggio 1935).

Secondo l'A. i progressi della chirurgia non sono stati così grandi come sembrerebbe: certamente per molti problemi si possiedono cognizioni più esatte, e si sanno impiegare mezzi più perfetti ed efficaci.

La chirurgia dell'ulcera gastro-duodenale ha attraversato varie fasi, la gastroenterostomia e la resezione gastrica: ora molti chirurgi, con grande esperienza in materia, inclinano a consegnare i pazienti ai medici prima di procedere ad atti operativi. Per l'appendicite acuta vi è stato il periodo dell'intervento in qualsiasi stadio, ora molti non ritengono saggio intervenire in ogni caso ed in ogni tempo. Il drenaggio del peritoneo è decisamente impiegato meno frequentemente di prima.

Una lunga esperienza di operazioni per fissare organi male situati, ha insegnato che gli interventi non sono seguiti da successo, e specialmente le operazioni sul colon, alla cui malposizione erano attribuiti una quantità di disturbi, sono una cosa del passato.

Importanti nuove conoscenze e perfezionamenti tecnici si sono avuti nell'ortopedia e nella chirurgia plastica, in seguito all'esperienza acquisita nella grande guerra.

Un deciso progresso è stato l'impiego dei raggi X, e del radium, i quali nei tumori maligni della cute, del cavo orale, del collo dell'utero, ed anche della laringe, hanno rimpiazzato la chirurgia.

Anche la chirurgia del torace ha fatto notevoli avanzamenti, specie per i numerosi interventi occorsi durante la guerra. Di questi ultimi tempi sono gli interventi sul simpatico, che nelle malattie vasali spastiche, nel megacolon, nelle causalgie danno risultati eccellenti.

La tiroidectomia in anestesia locale, dopo trattamento iodico, ha migliorato moltissimo la prognosi post-operatoria di questa malattia.

Molti nuovi anestetici sono entrati in uso, e somministrati per varie vie, ma pare che l'etere mantenga il suo posto prominente.

Grandi perfezionamenti sono stati apportati a molti apparecchi e strumenti: l'illuminazione del campo operatorio si può dire perfetta, il cistoscopio, il settascopio ecc., possono considerarsi di facile uso.

Importante è stato infine l'impiego della trasfusione del sangue, che è usata largamente e con grandi benefici in medicina e chirurgia.

ZITO.

Progressi in ostetricia e ginecologia negli ultimi 25 anni.

(J. S. FAIRBRAIN. *Brit. Medic. Journ.*, 4 maggio 1935).

Grande importanza ha acquistata l'igiene della gravidanza, per quel che riguarda il riconoscimento a tempo di malformazioni pelviche, di disfunzioni uterine, perchè si è realizzato che molti disordini dell'utero nel parto dipendono da disfunzioni dello stesso, e delle alterazioni del metabolismo che conducono alle tessicosi gravidiche. Queste misure hanno di molto ridotto i casi di eclampsia, per la quale si è costretti ad intervenire meno spesso di una volta.

Gli antisettici per le vie genitali sono poco usati; studi recenti hanno dimostrato la loro inefficacia. Importante è la cognizione che molte infezioni puerperali sono dovute a medici e levatrici, portatori di germi nel naso faringe, che diffondono nei genitali, sugli strumenti ecc. con la tosse e gli starnuti, onde sono di uso comune le maschere per quelli che attendono al parto.

L'impiego di un attivo e prolungato trattamento antiluetico delle gestanti infette, ha fatto diminuire il numero dei nati morti, l'attivo trattamento di secrezioni purulenti vagi-

nali, l'attenta profilassi degli occhi del neonato durante il parto hanno ridotto di molto i casi di oftalmia *neonatorum*.

Nella ginecologia si sono avuti notevoli miglioramenti nella tecnica operatoria, ed innovazioni nella terapia. Il più importante progresso è dato dall'applicazione Röntgen e radioterapica nei tumori della sfera genitale, nelle metrorragie da endometrite cronica e della menopausa.

Mezzi diagnostici di uso recente sono l'insufflazione delle tube in caso di sterilità, e l'impiego del lipiodol seguìto da radiografia, per la stessa, e l'uso dei raggi X per stabilire, dal 4° mese in poi, se la gravidanza sia semplice o doppia, se vi siano malposizioni o malformazioni fetali, ed inoltre la presentazione, ed anche i diametri della pelvi.

Importanti, in fine, sono le recenti conoscenze dell'azione degli ormoni sulla sfera genitale, che hanno portato all'applicazione pratica per la gravidanza della reazione di Aschheim-Zondek.

Zito.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

R. Bompiani. *Fisiologia e Patologia Clinica dello Stato puerperale.* Vol. in-8° di pagine 550, Editore L. Pozzi, Roma 1935, L. 75.

Gli studi sulla genetica umana hanno avuto in questo ultimo ventennio uno sviluppo enorme, e le nostre conoscenze su di un argomento così vasto e di così notevole importanza dal punto di vista biologico, clinico e sociale, si sono precisate in modo così sorprendente da poter sembrare chimerico ai medici delle passate generazioni.

Il vasto campo è stato dissodato in tutti i settori, e si è raccolta una messe di notizie che adeguatamente raccordate ci consentono di avere un quadro più chiaro e meglio definito della profonda modificazione che si verifica nell'organismo femminile dal momento della fecondazione dell'uovo fino al periodo dell'allattamento.

Sta di fatto che durante il periodo della gravidanza e del puerperio tutti gli organi e sistemi, nessuno escluso, subiscono mutamenti, più o meno profondi, adattano la loro funzione al nuovo compito, alla preparazione dell'essere nuovo.

La fecondazione dell'uovo costituisce la scintilla che mette in moto tutta una serie di processi umorali ed endocrini che si riverberano su ogni parte dell'organismo. D'altra parte le successive fasi di sviluppo dell'uovo fecondato provocano sempre nuovi e differenti stimoli, che eccitano nuove reazioni le quali a loro volta concorrono ad assicurare all'embrione l'ambiente più adatto alla sua evoluzione.

La letteratura che si è andata accumulando su un così vasto capitolo della fisiologia e della clinica è enorme, e nessun trattato di ginecologia, per quanto aggiornato, potrebbe darne un'esposizione esauriente.

L'argomento per le sue proporzioni, per il suo interesse, meritava quindi, una trattazione esclusiva. Il Bompiani ha assolto questo compito degnamente e in modo originale e completo e con impronta di personalità.

Nel libro, che ora viene pubblicato dal solerte editore di Roma L. Pozzi, in un'ottima veste tipografica, dopo aver fatto una descrizione di tutti i fatti biologici che determinano, accompagnano e seguono l'atto del concepimento, l'A. passa in rassegna ed illustra, al lume delle più recenti acquisizioni, in lunghi e separati capitoli: le attività e la funzione della placenta; le modificazioni gravidiche e puerperali dell'apparato genitale; i mezzi di correlazione interna tra i singoli organi ed apparati attraverso i sistemi endocrino, neurovegetativo e reticoloendoteliale; la fisiologia e patologia dei sistemi respiratorio, cutaneo e nervoso; le modificazioni della funzione epatica, del ricambio materiale; le cause che determinano l'insorgenza del travaglio; ed infine la descrizione di tutti i fatti che segnano il ritorno degli organi alle condizioni di normalità.

L'esposizione è dettagliata, esauriente, organica. L'A. ha saputo brillantemente fondere e coordinare le notizie desunte dai lavori dei diversi Autori, che egli cita largamente indicando sempre la fonte dalla quale ha attinto, ed esprimendo su ogni questione controversa la sua opinione in modo chiaro e convincente.

Possiamo considerare il libro del Bompiani come la pubblicazione più completa, più particolareggiata e più aggiornata sulla fisiologia e patologia clinica della gravidanza e del puerperio, il che costituisce un alto merito verso la scienza e verso la pratica.

Cesare Frugoni

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

Hans Weisz. *Die physikalischen und technischen Grundlagen der Hochfrequenzbehandlung.* Springer editore 1935, marchi 3,90, pagine 73, 36 figure.

Il piccolo libro rappresenta quasi un *vademecum* per coloro che si interessano delle applicazioni di alta frequenza: concetti principali e unità; l'induzione, la corrente alternata i circuiti oscillanti; tubi a elettroni, radiazioni sono i titoli dei brevi capitoli svolti in una quarantina di pagine.

La costruzione degli apparecchi e la tecnica delle applicazioni costituiscono i due ultimi capitoli.

In piccola mole il libretto di Weisz racchiude tutte le cognizioni utili in succinto per le applicazioni di alta frequenza.

E. Milani.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Ch. A. WATERS e IRA I. KAPLAN. *The 1934 Year Book of Radiology*. The Year Book Chicago, dollari 4,50, 1935, pag. 500.

Anche in America come in Francia e come in altri paesi torna utile alla fine di ogni anno riassumere i principali lavori pubblicati: naturalmente la rivista delle pubblicazioni in questi libri risente l'influenza della lingua ed è perciò che Waters e Kaplan hanno ricordato nella loro annata radiologica specialmente riviste inglesi ed americane oltre alle svedesi (*Acta radiologica*) e tedesche; ma gli AA. (e ciò può essere una gradita sorpresa) non hanno trascurato questa volta gli AA. italiani. Il *Policlinico*, la *Radiologia medica* ecc. sono stati largamente sunteggiati, gli AA. italiani ricordati sono ad es. Agati-Bignami, Boccioni, Buisson, Attili, Antonucci, Ferretti, Finzi, Fratini, Lenzi, Lupacciolu, Picchio, Ratti, Tartagli ecc. Trecento pagine del libro sono dedicate da Waters alla diagnostica (lavori pubblicati nel 1934 sui vari organi e apparati) duecento pagine da Kaplan sulla radioterapia (lavori sulla fisica, sulla radioterapia dei vari tumori).

Il libro dell'annata radiologica riesce utile come i libri consimili: essi rappresentano un buon manuale di consultazione per chi non può eseguire nelle lingue originali i vari articoli radiologici pubblicati ormai su troppi numerosi giornali. E. MILANI.

HUGO E. AHLBOM. *Mucous and Salivary gland Tumours (with special reference to radiotherapy)*. 23° Supplemento agli Acta radiologica. Stoccolma, Nordstedt ed. 1935, pagg. 452, tavole 26. 20 corone svedesi.

Il lavoro esce dal reparto di Berven (Radiumhemmet di Stoccolma) e accanto allo studio clinico dei tumori delle ghiandole mucose e salivari l'A. ha dato la massima importanza alla radioterapia nella sua tecnica e nei suoi risultati in base ai 254 casi trattati al Radiumhemmet.

Nei tre primi capitoli si fa una breve storia sulle differenti concezioni in patologia dei tumori delle ghiandole mucose e salivari e sulle caratteristiche differenziali rispetto agli altri tumori e sulla classificazione istopatologica. Quasi 200 pagine del libro sono impiegate per descrivere il materiale occorso e che è oggetto di studio: e altrettante in circa 8 capitoli sono impiegate per descrivere e discutere la frequenza di questi tumori nella sede, per l'età, per i segni clinici, per i rapporti tra segni clinici e reperto istologico etc. e per la diagnosi differenziale.

Il XIV capitolo è destinato alla tecnica seguita al Radiumhemmet (pag. 369 a 395): i capitoli successivi danno modo all'A. di descrivere l'effetto della irradiazione e discuterne i risultati.

Il libro di Ahlbom comprende un vasto materiale di studio ben raccolto e ben descritto e riuscirà assai utile al radioterapista.. E. MILANI.

A. H. WOLFANG MAGNUSSON. *Skin Cancer-clinical study with reference to radium Treatment*. XXII supplemento agli Acta Radiologica. Norstedt, ed Stoccolma, 1935, pagine 280, corone svedesi 20.

Definito in un breve capitolo che cosa si voglia intendere per cancro cutaneo, l'A. classifica tutto il suo vasto materiale — occorso al Radiumhemmet di circa 1600 casi di cancro cutaneo trattati — discutendone la classificazione, l'istologia delle varie forme (cancro spinocellulare, basocellulare, metatipico) il decorso clinico, la tecnica della cura.

I risultati della cura, i fattori che eventualmente possono influenzare questi risultati, l'esperienza nei riguardi alla tecnica dei vari trattamenti, la terapia delle metastasi costituiscono altrettanti capitoli che occupano la seconda metà del libro che rappresenta per il radioterapista un buon libro di consultazione, mentre al tempo stesso è l'espressione dell'enorme lavoro e dell'enorme materiale di osservazione di cui dispongono al Radiumhemmet. E. MILANI.

HANS HELLMER. *Roentgenologische Beobachtungen über die Ossifikation der Patella*. 27° Supplemento agli Acta Radiologica. Stoccolma Norstdedt ed. 10 corone svedesi, pagg. 82.

Riassunte tutte le ricerche fatte sull'argomento della ossificazione della patella, l'A. in un capitolo riassume le ricerche fatte su un abbondante materiale e precisamente su 400 bambini da 1 a 15 anni; su 93 bambini seguiti da 5 a 9 mesi e su 23 bambini seguiti per 8 anni.

La patella si ossifica per più centri: la frequenza di nuclei accessori nella porzione superoesterna de la rotula è più frequente di quanto non si pensi; ma questi nuclei accessori rapidamente si fondono col nucleo centrale. Nella donna l'ossificazione è più rapida che nel maschio. La comparsa dei centri di ossificazione avviene verso il 2° anno.

Il terzo capitolo è dedicato al morbo di Köhler e il 4 alla malattia di Sinding-Larsen (rotula tigrata): ma su queste due manifestazioni l'A. fa le sue riserve e sulla scorta del suo ricco materiale dimostra ad es. che la rotula tigrata non è altro che uno stadio normale di ossificazione della patella. Il 5° capitolo è dedicato alle fratture della rotula nel bambino e il 6° alla rotula partita la cui genesi è poco chiara ma il cui fondamento è nella presenza primitiva di più nuclei di ossificazione. E. MILANI.

DIVAGAZIONI

I cacciatori di microbi.

La ricerca dei microbi patogeni fu nella seconda metà del secolo XIX una vera manìa. Dopo Pasteur la caccia all'agente specifico di ciascuna malattia divenne di moda, e non fu sempre caccia fortunata e... sincera. Indagini pazienti, lunghe, esasperanti spesso fruttavano nulla, e talvolta portavano a conclusioni errate e le pretese scoperte non erano che pure illusioni. Quanti bacilli della sifilide furono scoperti prima della genuina scoperta di Schaudinn? Quanti bacilli del cancro sono stati annunziati e quanti ancora oggi vengono proclamati a suon di gran cassa? Il desiderio di concludere un lungo lavoro, di legare sia pure effimeramente il proprio nome ad un qualsiasi microbio talvolta annebbia l'intelligenza o vince la sincerità.

Ma a parte questi cacciatori sfortunati, molti ve ne sono ai quali la buona sorte o l'abilità ha concesso di scovarne nuovi, di sorprenderne il ciclo di vita, o di trovare il mezzo di renderli innocui.

Uno scienziato americano, il De Kriuf, ha scritto su questi cacciatori di microbi un eccellente libro, brillante di erudizione e di spirito, che di recente è stato pubblicato in italiano nella traduzione del prof. F. Usuelli.

La lunga serie degli scopritori di microbi viene passata in rassegna con molto brio. E viene opportunamente rilevato come essi lungi dall'essere invasi da un grande spirito di sagrificio per amore dell'umanità, lavoravano sotto la spinta dell'interesse personale, del desiderio del successo e di assicurarsi una solida fama. Una finalità materialistica che nulla toglie ai vantaggi ed ai benefici derivati all'umanità.

Comunque il De Kriuf loda sempre l'abilità e la tenacia dei suoi « cacciatori » anche quando il successo veniva all'infuori di ogni accorgimento, di ogni fatto predisposto ma esclusivamente o quasi dal caso.

Van Leenwenhoek, il primo che scoprì il mondo della microflora e della microfauna fu un commerciante di stoffe e poi un portiere municipale, che fu spinto all'esame delle piccole cose dalla grande passione per le lenti di ingrandimento. Naturalmente egli passò ai suoi tempi per uno sconclusionato ed un maniaco. Quantunque non fosse molto colto egli lavorava con metodo impeccabile e con tanta prudenza critica da potere costituire un modello per più di uno scienziato che venne di poi. Egli non si contentava mai delle prime osservazioni: provava e riprovava con estrema tenacia e giudicava quel che osservava con calma e buon senso.

Spallanzani invece era un uomo battagliero, un polemista feroce, un po' intrigante, ambizioso e invidioso degli altri, ma oltremodo onesto nelle sue ricerche e nelle sue osservazioni. Aveva una curiosità istintiva, una fame di verità, una tenace costanza nel metodo. Nella scienza e nella vita egli smetteva solo quando aveva raggiunto lo scopo perseguito. E riuscì a spuntarla sempre. Volle conoscere il vero? Lo svelò con le sue geniali esperienze, con l'acuta, esatta osservazione, con l'ostinazione e la pazienza. Volle danaro? L'ottenne col duro lavoro ma anche, se necessario, con l'intrigo. Volle preservarsi dalle persecuzioni della Chiesa? Si fece prete.

Pasteur fu certo più colto, più brillante e più fortunato nelle sue ricerche, ma fu altrettanto più vanitoso e più aspro. Conscio della eccellenza delle sue ricerche egli si credeva e affermava senza ambagi di essere un uomo di eccezione, l'uomo destinato a liberare l'umanità da tutte le malattie. D'altra parte disprezzava arrogantemente coloro che non avevano o anche non esprimevano sì fatta opinione. Si creò degli avversari non soltanto perchè le sue scoperte urtavano vecchie teorie, ma sopra tutto per i suoi modi di provocatore senza riguardi. Non ammetteva critiche o rilievi di nessun genere; bastava una qualsiasi piccola osservazione per farlo andare in bestia. Contro Claude Bernard defunto, che pure in vita fu suo amico, scrisse un libello che il De Kriuf chiama un vergognoso opuscolo di pessimo gusto. Dopo Sedan odiò ferocemente tutto ciò che era tedesco. Era invasato dall'idea della rivincita e fece diventare tutte le sue ulteriori ricerche, ricerche di rivincita. E cominciò dalla birra: la birra francese doveva essere migliore di quella tedesca, doveva diventare la birra delle birre.

Naturalmente egli odiò Koch che con le sue scoperte minacciava di fargli perdere il trono di maestro di tutti i cacciatori di microbi, e Koch lo ripagò nella stessa misura. Ad Alessandria d'Egitto nel 1893 si trovava una commissione tedesca composta di Koch e Gaffky, ed una commissione francese composta di Roux e Thuillier, discepoli di Pasteur, inviate per le ricerche dell'agente specifico del colera asiatico di cui era scoppiata una grave epidemia in Egitto. Ma mentre le due squadre rivali s'affannavano febbrilmente nelle loro ricerche, l'epidemia cessò d'improvviso, e tutti furono desolati di veder cessare la moria perchè sfuggiva loro l'occasione di acciuffare la preda agognata, il microbo del colera.

Koch è il tipico ricercatore tedesco, tenace, paziente, metodico, scrupoloso, freddo e posato. Se appare meno vanitoso di Pasteur, non mancò però di orgoglio e di asprezza verso coloro che non condividevano le sue idee. Sognatore e romantico condusse una vita molto modesta. Condusse per molti anni la vita monotona di medico condotto in parecchi comuni della Prussia, e se un giorno, per il suo compleanno, la moglie non gli avesse regalato un microscopio, con ogni probabilità avrebbe fi-

nito oscuramente i suoi giorni. Egli più che un uomo di genio, fu un lavoratore tenace, assiduo e metodico.

Il De Kriuf è molto severo con Metchnikoff. Lo definisce genialoide ambizioso, sconclusionato, intollerante, dotato di buona memoria e ricco di cultura. Aveva qualche tara psicopatica: tentò più volte il suicidio. La sua gloria è legata alla scoperta della fagocitosi, fatto sul quale egli librò le ali della più sfrenata fantasia. Quella parola fu la sua religione, una spiegazione per tutto, un grido di guerra, il mezzo per guadagnarsi la vita, il punto di partenza per la scoperta di grandi cose nel campo dell'immunità, l'inizio della sua vita avventurosa di cacciatore di microbi.

Ross fu un tipo strano, fantasioso, dall'ingegno multiforme. Compose sinfonie, poesie, romanzi e leggende, si occupò della matematica e creò un nuovo sistema astronomico. Infine, ufficiale medico inglese nelle Indie, si diede allo studio della malaria. Nelle sue ricerche aveva sempre qualche cosa di prevenuto, pronto alle polemiche le conduceva con asprezza e con astio. Poichè agli esami microscopici di malarici indiani non trovò alcun microbo, scrisse che Laveran aveva presa una cantonata e che la malaria era dovuta a disturbi intestinali. Senza i suggerimenti di un altro medico inglese, Manson, che aveva l'ossessione delle zanzare che riteneva particolari creature di Dio, assai importanti per il destino dell'uomo, Ross non sarebbe passato alla storia della medicina, nè diventato premio Nobel. Nelle sue ricerche sulla parte delle zanzare nella trasmissione della malaria cercò, sperimentò, ma senza metodo, a casaccio, guidato solo dalla sua fantasia. Torturava i malati di malaria con zanzare e pulci, senza concluder nulla. Riuscì tuttavia a dimostrare che la malaria degli uccelli viene trasmessa dalle zanzare. Ciò gli fece pensare che lo stesso doveva avvenire per l'uomo ma non potette darne mai la prova.

Grassi riuscì a dare questa prova, ma non perse tempo a lodare Ross che aveva già dimostrato le varie trasformazioni del plasmodio nel corpo delle zanzare. Ciò fece imbestialire il Ross che non si peritò di scrivere che il Grassi era un ladro volgare, un ciarlatano che nessun contributo aveva portato al problema della malaria, perchè egli, Ross, aveva già dimostrato che le zanzare erano apportatrici della malaria. Grassi, sdegnato, replicò con violenza, ma con minore volgarità. I due si accapigliarono per lungo tempo. E vien fatto di domandarsi come scienziati di tanto valore abbiano avuto tempo e voglia di gettare tanto fango l'uno sul viso dell'altro. Certo non per il bene dell'umanità. Ognuno dei due contendenti avrebbe forse preferito che la nobile scoperta fosse rimasta sepolta piuttosto che concedere all'avversario il minimo merito. La colpa fu senza dubbio del carattere dei due uomini, ma il torto maggiore spetta al Ross. Il De Kriuf così descrive il Grassi: « Freddo come un ghiaccio, preciso come un cronometro, cercava risposte agli enigmi della Natura. Risposte sempre esatte. I suoi lavori valevano per classici appena pubblicati; aveva l'ottima e rarissima abitudine di elaborare, limare e correggere i suoi scritti per anni prima di renderli pubblici ».

Ehrlich, l'autore della teoria delle catene laterali ed il fondatore della chemioterapia, era un uomo gioviale, buono, modesto. Fumava e beveva molto. Quantunque quasi sempre allegro e fantasioso era un lavoratore instancabile che gli insuccessi non scoraggiavano anzi spronavano a continuare. Solo dopo trenta anni di sforzi continui, dopo aver preparato 605 sostanze riuscì infine a trovare quella che uccide i germi nell'organismo vivente e soltanto essi. Tuttavia egli attribuiva la scoperta alla fortuna. Ad un suo ammiratore egli osservava: « Lei dice che il 606 è una grande opera d'intelletto, una grande conquista della scienza? Mio caro collega, dopo anni di sfortuna, ho avuto un istante di fortuna. Ecco tutto ». Si deve anche rilevare che Ehrlich sperimentò l'efficacia del salvarsan nei topi infettati con i tripanosomi del male di caderas, una malattia che colpisce i cavalli nell'America del Sud. Se Schaudinn non avesse commesso l'errore di credere la Spirocheta pallida apparentata con i tripanosomi ad Ehrlich non sarebbe venuto in mente di sperimentare il suo 606 contro gli spirocheti della sifilide. Dove si vede che gli errori non sempre sono dannosi.

argo.

☛ **Utilissimo ad ogni Medico:**

Il Diritto Pubblico Sanitario

Periodico mensile di legislazione e giurisprudenza

Direttori:

On. dott. **Aristide Carapelle,** Consigliere di Stato.
Avv. **Giovanni Selvaggi,** Esercente in Cassazione.

Editori **Fratelli Pozzi — Roma**

Il Numero 6 (Giugno 1935) contiene:

A. CARAPELLE: **La valutazione dei titoli nei concorsi per posti di sanitari comunali e provinciali.**

NOTE SINTETICHE: **Le spese di ricovero dei tubercolotici.**

Rassegna di Giurisprudenza: Condizioni di ammissione al concorso. — Pensione comunale; caroviveri. — Prova degli atti amministrativi. — Depositi insalubri; divieto di tenere deposito di pelli nella propria casa.
Leggi e Atti del Governo: Ricovero ed assistenza dei tubercolotici. — Regolamento dei concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle provincie.

Prezzo del suddetto numero separato L. **5**

N. B. - L'abbonamento ai dodici Numeri del 1935 costa L. **36**, ma agli associati al « Policlinico » è concesso per sole L. **30**, che vanno inviate, mediante Vaglia Postale o Bancario, all'Amministrazione del « Diritto Pubblico Sanitario » (Editori Fratelli Pozzi), Via Sistina 14, Roma.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

2° Raduno della Società Italiana di Gastroenterologia.

(Roma, 26 maggio 1935-XIII).

Sono presenti nell'Aula della Clinica Medica circa 100 intervenuti da varie parti d'Italia. Fra gli altri notiamo: i proff. Frugoni, S. E. Paolucci, Baglioni, Gamna, Schuffer, Fasiani, Ferrannini, Paolo Alessandrini, Allodi, Mann, Vespignani, Egidi, Pozzi, Messini, Lucherini, Attili, Bonadies, Sforza, Zorzi, Arullani, Sebastianelli, Lolli, ecc. In rappresentanza del Sindacato Medico di Roma sono presenti i dottori Monaco e Allinei.

Apre la seduta il prof. FRUGONI il quale dopo aver scusato gli assenti, porge il saluto di rito agli intervenuti.

Comunica quindi che la seduta pomeridiana si svolgerà all'Ospedale di S. Spirito nel Reparto speciale di gastro-enterologia, diretto dal prof. Paolo Alessandrini; quindi dichiara senz'altro aperto il Congresso.

Nuovo contributo alla conoscenza della steatorrea cronica idiopatica.

A. ALLODI (Torino). — L'O. illustra un caso di diarrea cronica idiopatica occorso alla sua osservazione quest'anno, caso particolarmente interessante avendo potuto compiere in esso tutte quelle ricerche cliniche e di laboratorio utili alla migliore conoscenza del quadro morboso e atte a chiarire la patogenesi della affezione.

Dal lato anamnestico risultava importante un recente episodio di diarrea dissenterica ed una lambliasi intestinale: la prima guarita completamente a seguito di cure antiparassitarie. In capo a qualche mese era insorta una diarrea grassa accompagnata da penoso meteorismo, intenso dimagramento ed astenia, pallore, periodico bruciore di lingua. Il p. era strenuo bevitore di alcoolici. Obiettivamente si rilevavano modiche e limitate lesioni di tipo atrofico alla lingua; pallore grigio terreo della cute, evidente grado di tensione addominale.

All'indagini di laboratorio: feci grasse con aumento di tutte le specie dei grassi e indice di Zoja poco elevato; achilia al sondaggio frazionato a digiuno, forte ipocloridria dopo quello a seguito di iniezione d'istamina. Al sondaggio duodenale: reperto di duodenite ed angiocolecistite catarrale con presenza di scarse forme vegetative di lamblie nella bile A. ed in quella B. Lipasi nel succo duodenale presente in quantità presso che normale.

Fermenti nel siero di sangue e nell'orina: presenti in quantità normali. Ipocalcemia, ipofosforemia, ipopotassiemia. Aumento dell'indacano nelle urine e nel siero, e dell'indolo fecale. Aumento del ricambio basale. Glicemia normale. Colesterinemia: leggermente aumentata. All'esame del sangue: reperto tipico di anemia pp. confermata attraverso tutte le indagini del caso (diametro, volume medio, puntura dello sterno ecc.); come anche dal comportamento della curva galattosemica e della galattosuria dopo prova di carico con galattosio.

In base a tali elementi e ad altre particolarità, pur non esistendo segni di tetania in atto o latente nè di osteoporosi era da porre la diagnosi di sprue non tropicale. L'O. ricercò se nel succo gastrico del paz. fosse presente il principio di Castle ed ottenne un'evidente risposta reticolocitaria accompagnata da un miglioramento della crasi sanguigna somministrando giornalmente, per qualche tempo secondo la metodica di Reimann 20 cc. di succo istaminico più 20 gr. di fegato crudo in un paz. sofferente di tipica anemia perniciosa criptogenetica.

Nel paz. venne poi istituita una terapia epatica per os la quale in breve tempo portò alla scomparsa della diarrea ed al cambiamento del carattere delle feci nelle quali i grassi progressivamente diminuirono; oltre al miglioramento rapido dell'anemia e dello stato generale.

Dopo avere esposto i dati relativi al suo caso, l'O. ne illustra l'interesse e cerca di interpretare il miglioramento ottenuto con l'apporto massivo di sostanze vitaminiche contenute nel fegato di bue, le quali non già deficienti nella dieta del paz. ma probabilmente non convenientemente elaborate sì da essere utilizzabili, favoriscono l'utilizzazione del calcio, degli altri minerali e quella dei grassi. La presenza del principio di Castle nel succo gastrico del paz. pur essendo tipico il quadro dell'anemia pp. fa pensare ad una sua mancata utilizzazione. Per quanto tuttora ci sfugga l'intimo meccanismo che favorisce tale disturbo nella elaborazione ed utilizzazione delle sostanze alimentari, l'O. accenna al riscontro nel suo paz. di una duodenite evidente sia all'indagine radiologica che a quella a mezzo del sondaggio duodenale e alla lambliasi tuttora in atto oltre che alle pregresse lesioni da dissenteria amebica; fatti tutti che debbono essere tenuti presenti nella valutazione di quei fattori che possono entrare in causa a provocare lesioni intestinali, lesioni del resto cui accennano anche altri AA. sia in base a reperti clinici, che radiologici, come anche autopsici.

L'eziologia dell'affezione sarebbe dunque con tutta verosimiglianza non infettiva.

C. FRUGONI (Roma). — Chiede all'O. se si può essere proprio tranquilli che in questi casi si tratti veramente di una steatorrea idiopatica o se invece il quadro è da iscriversi ad una parassitosi intestinale. Questa riserva l'O. crede opportuno farla dal momento che l'ammalato era affetto da lambliasi. La giardiasi ha come sede di elezione il duodeno e vive in ambienti alcalini. La giardiasi in questo caso ha dato delle lesioni e deve essere quindi ritenuta di grande entità. Dato ciò e dato che il processo è rapidamente guarito chiede se possa esservi un processo di pancreatite.

G. MANN (Trieste). — Cita un caso di sprue capitato alla sua osservazione a Trieste riguardante un malato che aveva viaggiato in Cina e Giappone e che non era mai sceso nei porti che aveva toccato. Il malato venne a morte e la sezione mostrò una gravissima atrofia del pancreas.

P. ALESSANDRINI (Roma). — Si compiace con il prof. Allodi per l'accuratezza dei suoi studi che possono portare molta luce sull'argomento. Cita un caso di sprue capitato alla sua osservazione in cui le caratteristiche ematologiche in alcuni momenti erano quelli dell'anemia perniciosa, in altri momenti quelli dell'anemia secondaria. Richiama poi l'attenzione sulle alterazioni cutanee a tipo pellagroide e sui disturbi mentali a tipo di melanconia ansiosa, per cui fu ricoverata al manicomio.

Sopra tutto richiama l'attenzione sul fatto delle manifestazioni di tipo abortivo di sprue che si osservano nelle comuni enterocoliti e sono caratterizzate da ragadi linguali, da abbondanza di acidi grassi nelle feci, stati ansiosi e stati anemici di vario carattere, che confermano l'ipotesi che la sprue nostrale è l'espressione di uno stato avitaminosico in rapporto probabilmente ad alterazioni diffuse della parete intestinale.

G. M. FASIANI (Padova). — Riferisce su alcune sue osservazioni di diarrea a tipo di sprue capitate in malati operati di stomaco.

PANTANO (Catania). — Riferisce su alcuni studi compiuti in malati di amebiasi in cui ha trovato alterazioni della crasi sanguigna ed alterazioni a carico della lingua, dello stomaco, dell'esofago, dell'intestino tenue.

C. GAMNA (Siena). — Chiede come l'O. si è reso conto della rapida guarigione della forma morbosa della malattia in seguito agli estratti epatici.

A. ALLODI (Torino). — Risponde al prof. Frugoni dicendo che nel succo duodenale estratto con vari sondaggi si dimostrarono scarsi parassiti. Quanto alla amebiasi, conviene l'O. con il dott. Pantano, che questa possa dare delle manifestazioni della formula ematica per le alterazioni che è capace di determinare nel tubo gastro-enterico. Al prof. Gamna risponde che la guarigione completa si ebbe con estratti epatici come si suol verificare nelle anemie perniciose.

Nuovi saggi di colecistografia rapidissima con studi sul meccanismo della contrattilità della cistifellea.

T. LUCHERINI (Roma). — L'O. ha potuto osservare, con costanza di risultati, che il cloruro di Na. (10 cc. al 10 %) determina quando è introdotto 10-15 minuti dopo l'iniezione di tetraiodo (3 gr.) colecistogrammi definiti rapidissimi (15-20 minuti dall'iniezione). Il moltiplicarsi dei mezzi di visualizzazione rapida della cistifellea fa secondo l'O. mettere sul tappeto della discussione due problemi: 1) quello riguardante lo studio della funzione motoria della colecisti; 2) lo studio del comportamento dell'attività funzionale della cellula epatica di fronte ai vari farmaci introdotti ed in rapporto alla loro rapidità di eliminazione attraverso le vie biliari.

Per il primo problema l'O. afferma che il metodo radiografico, non allontanandosi dalle migliori condizioni fisiologiche, ha sostituito i metodi sperimentali sugli animali ed in vitro e le osservazioni chirurgiche. A tale proposito egli ha voluto saggiare l'azione colecistocinetica del cloruro di calcio ed ha rilevato (dopo avere ottenuto l'optimum di visibilità della cistifellea con il metodo frazionato alla Sandström) che in seguito alla iniezione endovenosa di cloruro di calcio la colecisti costantemente 15-20 minuti dopo l'iniezione si impicciolisce nettamente, per poi riprendere, passata l'azione del farmaco, la grandezza, la forma, l'opacità di prima. Emette in proposito delle ipotesi.

Nei riguardi del secondo problema l'O. afferma che questo s'ingrana con le questioni sollevate da Antonucci sul meccanismo della colecistografia rapida. L'O. ritiene che il meccanismo della colecistografia rapida sia precipuamente fondato sullo stimolo direttamente portato dai vari farmaci introdotti insieme alla tetraiodo sulla attività funzionale della cellula epatica, costituendone quasi « una prova di carico ». A tale proposito l'O. riferisce che in numerosi casi ha voluto studiare la variazione di volume e di forma della colecisti in seguito proprio alla iniezione endovenosa di 40 cc. di soluzione di glucosio al 40 % ed ha rilevato (quando la cistifellea col metodo frazionato aveva raggiunto l'optimum di visibilità) che la colecisti 15-20 minuti dopo l'iniezione di glucosio aumentava costantemente di grandezza e di opacità.

Tale prova appoggia l'ipotesi che le iniezioni ipertoniche di glucosio hanno una azione essenzialmente coleretica e su tale facoltà ritiene che sia fondato prevalentemente il meccanismo della colecistografia rapida.

R. PAOLUCCI (Bologna). — Afferma che in occasione di interventi chirurgici non è mai riuscito a notare contrazioni della cistifellea e ritiene poco probabile il potere contrattile della colecisti, la cui modificazione di forma è dovuta prevalentemente allo svuotamento indotto dal rilasciarsi dello sfintere di Oddi.

S. BAGLIONI (Roma). — Sostiene che nel gioco dello svuotamento della colecisti intervengono molti fattori (riflesso duodeno-cistico, comportamento dello sfintere di Oddi, ecc.), ed afferma di essere d'accordo con Lucherini e con le sue interessanti esperienze, che cioè il meccanismo della colecistografia rapida è essenzialmente fondato sullo stimolo portato dalla iniezione dei farmaci associati alla tetraiodo sull'attività funzionale della cellula epatica.

CELLETTI (Roma). — Riporta a sostegno della tesi di Lucherini, le sue note esperienze con il decholin che associato alla tetraiodo determina quando è introdotto per via endovenosa colecistografie rapide.

T. LUCHERINI (Roma). — Risponde agli OO. riferendo che per quanto dalle sue esperienze non possono trarsi elementi di giudizio sicuro e definitivo e per quanto allo svuotamento della colecisti vi partecipino altri fattori estrinseci, pur tuttavia esistono svariati documenti sperimentali negli animali ed in vitro, numerose indagini radiografiche che dimostrano che la colecisti svuoti il proprio contenuto per attività motoria intrinseca. D'altronde la cistifellea oltre ad essere dotata di fibre elastiche che presiedono alla sua funzione peristolica è anche dotata di fibre muscolari liscie, che, per quanto scarse, potrebbero essere sufficienti a provare secondo gli AA. che l'hanno studiata il potere contrattile della cistifellea.

Contributo allo studio della gastrite luetica.

A. BONADIES (Roma). — L'O. ha sottoposto i malati del Reparto speciale di gastro-enterologia ad esami endoscopici e radiologici, del chimismo gastrico ed ha riscontrato la gastrite in un numero notevole di casi (65). La reazione di Wassermann eseguita sistematicamente è risultata positiva in 21 casi. L'O. si è pertanto domandato se la lues potesse essere chiamata in causa nella etiologia della gastrite in assenza di tutte quelle altre cause che sono ritenute capaci di determinare una infiammazione dello stomaco.

La sintomatologia della gastrite in questi soggetti con Wassermann positiva non presentava nessuna caratteristica particolare. Solo la cura *ex juvantibus* dava buoni risultati.

L'O. ritiene quindi che debba esservi un fattore

tra lues ed insorgenza della gastrite molto più intimo che non si creda; e pertanto crede che in molti disturbi dispeptici, apparentemente *sine materia*, si deve ricercare la lues, e in ogni caso, in cui tali disturbi non regrediscano con i comuni trattamenti si debba ricorrere alla cura antiluetica intensa anche in assenza di una Wassermann positiva.

F. SCHUFFER (Firenze). — Domanda se non sia troppo grande il numero di queste gastriti su fondo luetico.

A. BONADIES (Roma). — Risponde che il numero di queste gastriti può apparire elevato quando la casistica si desume da un reparto in cui vengono ricoverati malati di tutte le malattie, ma non quando venga desunto da un reparto che ricovera solamente individui dispeptici.

Osservazioni sulle variazioni chimico-fisiche del succo gastrico e di quello duodenale studiati contemporaneamente mediante una doppia sonda, in condizioni normali e patologiche.

M. MESSINI (Roma). — L'O. studiando le variazioni del Δ gastrico e duodenale mediante l'uso di una doppia sonda, ha osservato come avvenga la « isotonizzazione » sia nello stomaco che nel duodeno di soluzioni ipertoniche e ipotoniche. Il contenuto gastrico passa spesso in duodeno con un Δ molto diverso da quello fisiologico e ciò si verifica specie colle soluzioni ipertoniche.

L'O. ha eseguito inoltre con la stessa tecnica osservazioni sulle variazioni contemporanee del pH del contenuto gastrico e di quello duodenale in condizioni normali e patologiche.

L'O. trae dalle osservazioni eseguite conclusioni d'ordine fisiopatologico e clinico e fa una critica dei dati sperimentali ottenuti da ricercatori precedenti.

Rapporti tra acidità e potere battericida del succo gastrico.

A. SEBASTIANELLI (Roma). — Le ricerche condotte su circa 200 casi hanno fatto concludere che il potere battericida del succo gastrico risulta dall'azione di due fattori dei quali l'uno è rappresentato dall'acido cloridrico e dal grado di acidità totale; l'altro è un fattore battericida proprio del succo gastrico, e lo si può distinguere dal precedente saggiando il P.B. su succo previamente neutralizzato. I due fattori sono spesso dissociati, potendo mancare a volta l'uno, a volta l'altro. La produzione del fattore proprio, inoltre, non è parallelo alla funzione secretoria gastrica.

Sul potere battericida del succo gastrico e duodenale nelle affezioni gaslro intestinali.

A. SEBASTIANELLI (Roma). — Le ricerche eseguite portano a concludere:

In tutti i casi il fattore cloridrico battericida è naturalmente in rapporto al grado di acidità del succo. In quanto al potere battericida proprio esso è sempre presente nelle ulcere gastriche e duodenali, sempre assente nelle gastriti e gastro-enteriti acute, e nei resecati di stomaco; nelle altre affezioni è presente in proporzioni variabili secondo la malattia.

Il P.B. del succo duodenale è sempre assente nei diabetici, e nel 95 % dei colecistitici. Esso è spesso dissociato dal P.B. gastrico assoluto e relativo in tutte le combinazioni possibili, tranne che il P.B. gastrico sia del tutto assente: in tal caso anche il P.B. sarà certamente assente. L'esame del P.B. è sempre rigorosamente confermato dall'esame culturale.

I casi con P.B. assoluto assente e supplito dall'azione dell'acidità devono considerarsi pre-patologici. Il P.B. torna presente nei guariti di forme acute.

S. BAGLIONI (Roma). — Chiede quale sia il metodo eseguito ed il germe adoperato: si domanda se non possa entrare in gioco la leucodiapedesin gastrica.

L. FERRANNINI (Bari). — Chiede se sia stata parallelamente studiata la citologia gastrica, e se si sia tenuto conto dell'acidità organica.

A. SEBASTIANELLI (Roma). — Risponde che il metodo seguito è quello di Henning con culture di B. coli; che non può avanzare alcuna ipotesi sulla natura del P.B. proprio: che questi però si dimostra resistente all'ebollizione. Ha in corso studi sulla citologia gastrica, ma non può per adesso trarne alcuna conclusione; si è sempre differenziata l'acidità amidoazobenzolica dalla fenolftaleinica essendosi sempre seguito il metodo di Topfer. Intende completare le ricerche studiando i rapporti con pH e con la secrezione pepsinica.

Sul ph. optimum per l'attività peptica.

P. ZORZI (Roma). — L'O. ha innanzi tutto dosato il pH di numerosi succhi gastrici ottenuti a digiuno e con i vari tipi di colazione di prova, a mezzo di un metodo colorimetrico già da lui descritto altrove nel quale si serve di bleu di timolo e di speciali soluzione tampone ed ha trovato che il pH medio di tutti i succhi esaminati si aggirava intorno a 2 e corrispondeva cioè a 10° di acidità. L'acidità titrimetrica difficilmente superava quella corrispondente a Ph 4. Ora, secondo Michaelis, la pepsina agisce meglio in ambienti 1,7-1,8 Ph. Usando però soluzioni tamponi l'O. verificò che l'attività era massima con valori di pH intorno a 1,2; e che solo oltrepassando tale limite che corrisponde ai più alti valori di acidità riscontrati si ha una diminuzione del potere peptico. L'O. in base alle sue ricerche e dal fatto che i liquidi gastrici contengono sempre sostanze ad azione tampone (fosfati, prodotti di disintegrazione delle proteine, ecc.), pensa che si possa ritenere esistere accanto alla iperacidità una vera iperpepsia nelle ulcere, constatabile non già con i metodi correnti ma con il metodo descritto e che all'acidità quindi sia da concedere probabilmente una importanza di primo ordine nella genesi dell'ulcera.

La reazione reticolocitaria nel ratte da iniezione di succo gastrico.

L. CROSETTI e G. BAJARDI (Siena). — Gli OO. riferiscono i risultati di una serie di esperienze condotte su 81 ratti albini con iniezione di succo gastrico di anemici perniciosi, di achilici di varia natura e di sani. Concludono che l'iniezione nel ratto di succo gastrico di soggetto sano o comunque non malato di anemia perniciosa determina reazione reticolocitaria (RRR) nella maggioranza ma non in tutti gli animali trattati. L'iniezione di succo gastrico di anemici perniciosi non determina invece tale reazione nella maggior parte degli animali. Il fenomeno non si verifica quindi con quella assoluta costanza affermata recentemente da Singer.

Gli OO. discutono sul significato dell'interessante fenomeno e sui suoi eventuali rapporti con la esperienza di Castle.

S. BAGLIONI (Roma). — Ricorda i risultati di ricerche condotte nel suo Istituto sull'influenza dell'opoterapia gastrica ed epatica in ratti albini in cui era stata provocata, con sanguisugi ripetuti, una anemia a tipo pernicioso. Fa rilevare la essenziale importanza del regime dietetico degli animali in esperienza di questo genere.

Studi sul comportamento dell'acidità gastrica dopo introduzione di soluzioni di acido cloridrico a varia concentrazione.

P. ALESSANDRINI (Roma). — L'O. espone i risultati delle sue ricerche atte a dimostrare il comportamento del contenuto gastrico dopo introduzione di 100 cc. di soluzione di acido cloridrico a varia concentrazione.

Somministrando soluzioni concentrate fino a 20 volte la concentrazione fisiologica si produce una acidità che corrisponde a quella ottenuta con altri stimoli.

Questa auto-regolazione dell'acidità gastrica si produce con vari meccanismi che l'O. ha potuto analizzare: oltre alla produzione di una secrezione mucosa alcalina si ha un rilasciamento del piloro che determina un rigurgito duodenale. Oltrepassato un certo grado di acidità si determina il vomito.

Un altro gruppo di ricerche si riferiscono alla somministrazione di soluzioni idrocloriche negli ulcerosi di calmare il dolore gastrico: essa nella massima parte dei casi è in grado di far scomparire il dolore, ciò che parla contro l'ipotesi che l'Hungerpoll sia dovuta alla stimolazione dell'acido cloridrico sul fondo dell'ulcera.

Le sinergie fisiologiche e patologiche del duodeno.

P. ALESSANDRINI (Roma). — L'O. espone le sue ricerche radiologiche sui fattori che provvedono al vuotamento gastrico, della cistifellea e dell'ileo che sono in parte determinate da stimoli diretti sul bulbo duodenale che rappresenta in certo modo centro regolatore della motilità dell'apparato digerente.

Passa poi ad analizzare l'importanza delle ripercussioni delle affezioni infiammatorie del bulbo duodenale sulla patologia dei processi colecistitici pancreatici a carico del tenue.

Mette in evidenza la frequenza dell'associazione duodenale con la colecistite e pancreatite diabetogena o no e parla di una « triade » addominale superiore come sindrome che serve a spiegare il proteiforme aspetto di varie sindromi cliniche.

Si diffonde a parlare degli studi fatti nel suo reparto sul potere battericida del succo duodenale e sulla batteriologia del duodeno.

La dilatazione acuta del duodeno.

V. ROSSI (Roma). — Dopo aver fatto cenno alla importanza del quadro clinico ormai ben definito che si osserva nella dilatazione acuta del duodeno ed aver diviso in due gruppi i casi che occorrono alla osservazione, e cioè quello che comprende i casi che si hanno a seguito d'intervento chirurgico e quelli da compressione del peduncolo mesenterico, l'O. distingue le dilatazioni di quest'ultimo tipo in dilatazioni acute che si verificano dopo lunghe malattie infettive acute o in seguito ad atti chirurgici gravi e in dilatazioni conseguenti a stiramenti sul peduncolo mesenterico per ileoptosi o per ernia irriducibile. Per ciascuna varietà ne ricorda l'eziogenesi. Il caso che l'O. illustra appartiene a quelli di quest'ultimo gruppo e la dilatazione acuta era stata determinata da stiramento del peduncolo mesenterico complicante una voluminosa ernia inguino-scrotale sinistra irriducibile per aderenze delle anse intestinali erniate con il sacco.

Dal punto di vista anatomo-patologico, l'O. suddivide poi le dilatazioni acute in una varietà sovrapapillare ed in una sottopapillare. Ne espone la sintomatologia ma non accenna affatto alle cause di morte perchè di esse tratterà diffusamente in un suo lavoro di carattere sperimentale.

Contributo alla ricostituzione plastica dello esofago.

G. EGIDI (Roma). — L'O. presenta un caso di ricostituzione plastica dell'esofago a mezzo di una ansa del colon trasverso trapiantato in senso antiperistaltico al disotto della cute della regione sternale. La paziente trovasi ora in grado di inghiottire senza rigurgiti e senza disturbi. Si tratta di uno dei pochi casi di ricostruzione plastica dell'esofago riuscito perfettamente.

S. BAGLIONI (Roma) — Si compiace con l'O. del buon risultato in quanto è riuscito a far sopravvivere un individuo sostituendo l'esofago anatomicamente e funzionalmente.

G. EGIDI (Roma). — Presenta inoltre un caso di resezione totale dello stomaco che ha permesso la sopravvivenza del soggetto. La resezione fu eseguita per affezione non cancerosa dello stomaco.

G. M. FASANI (Padova). — Si compiace con l'O. del buon risultato e consiglia di seguire il caso dal punto di vista ematologico per scoprire eventuali turbe della emopoiesi perchè casi del genere sono rari a verificarsi.

Il segno del soldo sul pneumo-peritoneo.

A. POZZI (Roma). — L'O. in base al reperto accidentale del fenomeno del soldo riscontrato sull'addome in un caso di pneumo-peritoneo spontaneo ha studiato il comportamento di tale segno in varie condizioni sperimentalmente determinate, al fine di valutarne il valore e l'utilità diagnostica.

Ha potuto così vedere che il segno del soldo ricercato sull'addome può essere ritenuto, data la costanza di reperti, un ottimo rilievo semeiotico per la diagnosi di pneumo-peritoneo non solo, ma, differendo il comportamento di tale fenomeno a seconda che l'aria trovasi libera o no nella cavità peritoneale, la sua ricerca, eseguita con tecnica particolare, può riuscire anche a far differenziare se veramente trattasi di pneumo-peritoneo o di semplice pneumo-colon.

Ricerca sul comportamento della curva alcoolemica nelle epatopatie.

G. LOLLI (Roma). — L'O. espone i risultati di alcune ricerche riguardanti il comportamento della curva alcoolemica provocata dopo pasto in malati di fegato.

La curva alcoolemica provocata dopo pasto ha negli epatopazienti un comportamento sensibilmente diverso dalla curva dei normali. L'O. considera la possibilità di esplorare la funzionalità epatica a mezzo delle curve alcoolemiche provocate.

L. FERRANNINI (Bari). — Chiede se lesioni polmonari possono modificare il comportamento della curva alcoolemica.

S. BAGLIONI (Roma). — Riassume brevemente le moderne cognizioni sul metabolismo dell'alcool, commenta le ricerche eseguite dal Lolli, e fornisce al prof. Ferrannini le delucidazioni richieste.

(Continua).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Piccoli ictus non riconosciuti: una causa di indigestione difficilmente identificabile.

W. C. Alvarez (*Proceed. of the Staff. Meetings of the Mayo Clinic*, maggio 1935) riferisce il caso di una donna anziana che, secondo il medico curante, soffriva di indigestione acuta: si era svegliata accusando malessere e vomitando. Questi disturbi erano attribuiti ad ingestione di ostriche. La paziente presentava lieve deficit facciale da un lato.

L'Alvarez ritiene che spesso anche un medico esperto può lasciarsi sfuggire la diagnosi di piccola trombosi cerebrale. L'errore si può fare spesso con disturbi addominali, gastrici, epatici, intestinali.

Importantissima per la diagnosi è l'anamnesi: il paziente racconta che fino ad un certo momento non aveva affatto disturbi, mentre il malato di cancro dello stomaco non può stabilire l'inizio della malattia in un modo così brusco. Inoltre il malato non si rimette completamente, ha perduto ogni interesse alla vita, perde la memoria, ha difficoltà a lavorare, diventa depresso.

Qualche anno fa, quando l'A. per la prima volta scrisse su questo argomento, si vide restituito il suo articolo dall'editore, perchè la malattia era troppo rara per meritare che se ne parlasse, mentre il Kernohan, interpellato in proposito, diceva che cervelli con piccole trombosi si vedevano con tanta frequenza che il parlarne non presentava più nessun interesse.

Un caso di questo genere è ampiamente descritto dall'Alvarez, il quale ritiene che i disturbi gastrointestinali che compaiono dopo un lieve ictus dipendono da alterazioni dei nuclei del vago che provocano riflessi esagerati anche per lievi stimoli. Egli insiste di nuovo molto sull'importanza dell'anamnesi per la diagnosi di questi casi. R. LUSENA.

Il significato della midriasi rigida nei traumi cranici e cerebrali.

La midriasi rigida unilaterale indica una grave lesione del contenuto cranico dello stesso lato. La pupilla dell'altro lato è, consensualmente, per lo più molto ristretta e non completamente rigida. Nelle lesioni cerebrali bilaterali, di regola, il lato dove si trova la pupilla midriatica è quello più gravemente colpito che quello opposto, in quanto che si tratta di pressione da parte di un ematoma epi- o subdurale. Eccezionalmente, predomina la contusione cerebrale. La midriasi bilaterale indica una lesione grave bilaterale, periferica o centrale ed è di pessimo segno prognostico, spesso preagonico.

Come osserva F. de Quervain (*Schweizer. med. Wochens.*, 26 genn. 1935) il meccanismo della midriasi rigida non è ancora ben chiarito. Accanto alla paralisi delle fibre pupillari dell'oculomotore, si ha forse anche uno stato irritativo del simpatico. Eccezionalmente, il fenomeno ha origine extracranica, da un ematoma retrobulbare.

La midriasi rigida unilaterale, quando è di origine endocranica, costituisce un'indicazione per la trapanazione dal lato corrispondente. Nel caso della midriasi bilaterale, se il paziente non è in extremis, si potrà porre in discussione l'operazione ed anche tentarla, sebbene non vi sia da sperare molto. *fil.*

Afasia postsieroterapica

Un individuo di 52 anni, già curato per sifilide, si presenta all'ospedale, con una sindrome che fa pensare alla demenza paralitica: segno di Argyll-Robertson, tremori, anartria, risposte inadatte, giovialità, senza alcuna preoccupazione del suo stato.

Dai commemorativi, risulta che un paio di mesi prima, in seguito a ferita del tallone, gli erano state fatte due iniezioni di siero antitetanico; otto giorni dopo, crisi di orticaria e paralisi completa del braccio destro e della gamba destra, con perdita totale della parola.

I fenomeni paralitici si sono migliorati (erano state fatte iniezioni di acetilcolina) ma l'afasia era rimasta.

Le reazioni negative (sul liquor e sul sangue) nonchè dei fenomeni psichici fecero escludere la diagnosi di demenza paralitica ed ammettere quella di sequele anartriche di una emiplegia destra con afasia. La sieroterapia aveva dato luogo a reazioni di intolleranza, che avevano potuto far pensare alla demenza paralitica.

A. Tzanck, P. Schiff e Abadi (*Soc. Méd. hôpitaux*, Paris, 23 marzo 1935) nel riferire il caso, osservano che si tratta indubbiamente di reazione da siero, in un individuo con fragilità cerebrale, dimostrata anche dal fatto che, durante la tifoide da bambino, aveva avuto degli accessi di « follia ». *fil.*

Emicrania e ricambio materiale.

In 10 pazienti con emicrania, H. Löw e H. Krema (*Med. Klinik* e *Klin. Wochens.*, 8 giugno 1935) hanno trovato una diminuzione del metabolismo basale del 13-32 %. Il significato di tale reperto viene in parte attribuito ai rapporti di patologia costituzionale fra emicrania, malattie epilettiformi ed epilessia. Anche in 3 epilettici, si trovarono notevoli diminuzioni del metabolismo basale.

In una seconda parte del lavoro, gli AA. discutono i rapporti fra emicrania e varie malattie allergiche. Anche in vari pazienti con tali malattie (orticaria, edema di Quincke, asma bronchiale, febbre da fieno) si sono tro-

vate diminuzioni del metabolismo basale e gli AA. considerano questi loro reperti in rapporto alle vedute teoretiche delle connessioni dell'emicrania con le malattie allergiche.

fil.

Patogenesi e trattamento dell'emicrania.

Da uno studio di 75 casi, G. Etienne e L. Collesson (*Soc. méd. hôp. Paris*, 11 febbraio 1935) concludono che l'insufficienza epatica è un importante fattore patogeno dell'emicrania quasi costantemente, essi hanno trovato in questi casi, fegato piccolo, disturbi funzionali (specialmente anoressia mattutina) grande diminuzione della pressione sanguigna, ereditarietà od antecedenti familiari di natura epato-biliare. Data la costanza di tali segni, 45 pazienti vennero trattati unicamente con piccole dosi di alcalini e colagoghi vegetali e biliari. In altri 30, vi si aggiunse un trattamento supplementare idrominerale a Vichy. In 7 casi, si ebbe un rapido miglioramento entro 15 giorni; per la maggior parte, furono necessarî due mesi. Anche nei casi in cui non si ottenne una guarigione definita, si ebbe notevole miglioramento.

La comparsa tardiva dell'emicrania nelle condizioni probabilmente congenite di deficienza epatica, si spiega con la grande facoltà di adattamento e la funzione supplementare di altri organi. Così un fegato piccolo può essere sufficiente ai bisogni di un organismo fino all'età in cui le funzioni organiche subiscono una diminuzione ed in cui si manifesta quindi una deficienza.

fil.

Complicazioni nervose periferiche del diabete.

Per ammettere che una nevralgia sia d'origine diabetica è necessario constatare che essa evolve parallelamente alla glicemia (Labbè, Boulin, Besançon e Desoile). Se la cura col regime e l'insulina fallisce è segno che la glicemia non era sufficentemente provata.

Le lesioni periferiche nervose del diabete (*Journ des pratic.*; 8 giugno 1935), possono essere: 1) *paralisi* che non presentano nulla di particolare, per es. la paralisi del facciale diabetica è identica alla comune lesione del VII; 2) *polinevriti* che spesso si hanno in diabetici per coesistenza di etilismo cronico. Il criterio ex juvantibus vale a distinguerle; 3) *abolizione dei riflessi*: è spesso legata alla glicemia, ma talora dipende da fatti ischemici, più che da modificazioni umorali.

Le manifestazioni nervose periferiche sono quindi ben lungi dall'essere dovute tutte al diabete; nei diabetici possono coesistere ed entrare in giuoco sifilide, alcool, zona, reumatismo vertebrale. Non si deve dimenticare ciò per l'efficacia della nostra terapia.

L. TONELLI.

Nevralgia sciatica da iniezione di chinina.

C. I. Urechia e L. Dragomir (*Soc. méd. hôpitaux*, Paris, 31 maggio 1935) riportano il caso di un individuo in cui, per una forma influenzale, il medico fa un'iniezione endomuscolare di chinina in corrispondenza della piega della natica. Il paziente risente un vivo dolore lancinante che si diffonde nella regione posteriore della coscia, fino alla regione poplitea. I dolori atroci si calmano un po' nei giorni seguenti, ma rimane un intorpidimento di tutto l'arto, con anestesia. Dopo due settimane, persistono dei dolori alla pianta del piede destro, che impediscono il cammino al paziente, che è costretto a zoppicare.

All'esame fatto dagli AA., la forza muscolare risulta normale; i punti di Valleix ed il segno di Lasègue risultano positivi. Riflessi tendinei normali; il malato accusa dolori lungo il decorso dello sciatico fino alla fossa poplitea, nonchè in corrispondenza della pianta; le sensazioni si esagerano camminando ed il malato è costretto ad usare un bastone. Ipoestesia tattile, termica e dolorosa sul tragitto del piccolo sciatico, come pure al piede, sul tragitto del ramo calcaneare del tibiale posteriore. Quest'ultima può spiegarsi con l'anastomosi del piccolo sciatico collo sciatico popliteo interno, mediante il safeno interno.

Evidentemente l'iniezione era stata fatta in un punto non adatto, in corrispondenza del piccolo sciatico, dove questo circonda la piega della natica.

fil.

Disturbi nervosi consecutivi all'intossicazione ossicarbonica acuta.

Got e Guilleman (*Gazette des hôpitaux*, 3 aprile 1935) su 185 casi di intossicazione ossicarbonica acuta, ne hanno potuto seguire bene 119; il 77 % di questi non ha presentato disturbi nervosi, salvo cefalea transitoria ed ha ripreso ben presto le proprie occupazioni, talvolta anche all'indomani dell'intossicazione.

In 28 casi si sono avuti disturbi nervosi e cioè: 20 con disturbi isolati della memoria, 1 con confusione mentale e 7 con paresi o paralisi.

I disturbi della memoria rivestono la forma lacunare: la vittima dimentica del tutto l'accidente e le ore che lo hanno preceduto o lo hanno seguito. Spesso, non vi è perdita assoluta, ma soltanto attenuata della memoria. In nessun caso, amnesia permanente; ma soltanto durata di qualche mese, dopo di che si è avuta la guarigione completa.

Un caso (una ragazza di 24 anni asfissiata per le emanazioni di uno scaldabagno) rilasciato dopo oltre 6 mesi di soggiorno in ospedale ha presentato i seguenti sintomi: confusione mentale per 3 settimane, breve periodo di eccitazione con violenze, poi idee deliranti megalomaniache, agitazione ansiosa con timore di persecuzione, disturbi della memoria, indifferenza generale, impulsività collerica ed, in complesso indebolimento definitivo mentale.

In 6 casi, disturbi di paresi, di cui 3 agli arti inferiori e 3 ai superiori, con difficoltà

per vari mesi di servirsi degli arti stessi; in un altro caso, (donna di 71 anno) la paresi si è accompagnata fin dai primi giorni ad edema bianco, duro, dolente dell'arto superiore destro, simulante dapprima una flebite.

In complesso, soltanto in due casi, si sono avute delle sequele che si possono ritenere permanenti. Più che all'intensità dell'intossicazione, queste sembrano dovute al prolungato soggiorno nell'ambiente tossico. Dal punto di vista della terapia, gli AA. insistono sull'importanza della inalazione della miscela di ossigeno (93 %) con anidride carbonica (7 %). *fil.*

Intossicazione da luminal.

Ne riferisce un caso A. Weidemann (*Monatssch. f. Kinderheilk.* Vol. 55, n. 4-6) in una bambina di 4 anni che, per la tosse convulsiva prese per 12 giorni consecutivi 4 pastiglie di luminal al giorno (= g. 0,06). Si ebbero: febbre, vomiti, esantema scarlattiniforme, che più tardi prese un aspetto morbilliforme e desquamò. *fil.*

Nelle radicoliti.

Rimbaud (*Précis de Neurologie*) consiglia:

Oppio polv.	cg.	1
Citrato di caffeina	cg.	2
Gardenal	cg.	3
Piramidone	cg.	10
Aspirina	cg.	40

Per una polv. S. 2-4 al giorno.

Utili: la rivulsione mediante vescicanti, la termoterapia. Nei casi ribelli, le iniezioni locali profonde paravertebrali di salicilato di sodio (5-10 cmc. della soluzione al 2%) o di lipjodol.

Nelle radicoliti lombo-sacrali, iniezione epidurale di siero novocainizzato (20 cmc. di sieri fisiologico con 5 cmc. di novocaina), o lipjodol. Nelle radicoliti da compressione, intervento chirurgico. *fil.*

Nel torcicollo acuto.

N. Poczka e Fischel (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, e *Medizinische Welt*, 25 marzo 1935) consigliano le spennellature nasali con alcune gocce di soluzione al 2 % di pantocaina. In un caso di un bambino di 4 anni, in cui, quindi, era da escludersi ogni effetto suggestivo, si ottenne rapidamente il ristabilimento della posizione normale del collo. *fil.*

DIETETICA.

La dieta chetogena nella terapia delle colibatteriurie.

Pielite, cistite, piuria rappresentano ancora problemi terapeutici difficili, forme che spesso resistono ai normali metodi di cura e passano allo stato cronico.

Ai vari metodi di cura si aggiunge oggi quello della chetosi provocata mediante la dieta; esso è sorto in seguito alla osservazione che in individui in acidosi l'orina si autosterilizza specialmente nelle infezioni da germi determinanti fermentazione ammoniacale.

Nel 1931 Clark della Clinica Mayo con Helmbraltz pubblicò i primi successi ottenuti con questo metodo in casi ribelli alle altre cure. Sebbene già nel 1920 Heitz-Boyer ed altri avessero segnalata l'efficacia di questa dieta nelle colibatteriurie, essa non entrò nella pratica.

Cabot, Dunlop, Gray, Rector e Wheeler recentemente ne vantarono ottimi effetti.

La dieta chetogena consiste nella diminuzione fino al limite di tolleranza degli idrati di carbonio; l'ideale da raggiungere sarebbe di una dieta che pure producendo il fabbisogno normale di calorie contenesse gli alimenti essenziali della nutrizione nel rapporto di tre parti di grasso ad una di idrati di C. e di proteine. È difficilmente eseguibile in questa esatta formula.

Dovrebbe constare infatti di lardo, grasso fuso, condimenti grassi senza pane con aggiunta di solo qualche tipo di verdura; si comprende che tollerabile per i cinesi e per alcuni popoli nordici molto avvezzi a cibarsi di grasso, venga respinta dagli italiani molto prima di avere dato i suoi effetti.

Per noi è necessario largheggiare un po' nelle proteine pure restringendo il più possibile gli idrati di C.

G. Canavero (*Giorn. di Batter. e Immun.*, Vol. XIV, n. 5, maggio 1935) ha fatto nuove interessanti ricerche su questo argomento. Egli ha adottato una dieta in cui gli idrati di C. sono nella proporzione di 1:2 con le proteine, di 1:7 con i grassi.

Così la dieta si riduce a carne, uova, pesce sott'olio, burro, olio, frutta secca con aggiunta di scarse e limitate quantità di verdura, aceto e sugo di limone per aumentare la tolleranza. Si ha abbondante eliminazione di corpi chetonici per cui il pH può scendere a meno di 5,0.

Dopo un accuratissimo esame di vari casi trattati con questo metodo l'A. conclude che: il comportamento clinico dei pazienti, lo studio batteriologico e fisico delle urine, dimostrano i vantaggi della terapia chetogenica. I corpi chetonici che vengono a passare nell'urina vi conferiscono, oltre alla spiccata acidità, un particolare potere antisettico contro i germi in essa contenuti. Quando è possibile applicare la cura esattamente e rigidamente la sterilizzazione dell'urina si ottiene in una quindicina di giorni anche in affezioni che avevano resistito a lungo a vari trattamenti.

Le controindicazioni sono: cattive condizioni generali, febbre, affezioni intestinali.

La dieta chetogenica è di applicazione difficile per costo, compilazione della dieta e preparazione cibi, necessità di sorveglianza degli infermi; provoca spesso fenomeni di intolleranza che impediscono la cura. Deve però ormai essere applicata nei casi che resistono agli altri mezzi. L. TONELLI.

SEMEIOTICA.

Per la diagnosi precoce di gangrena dell'appendicite vermiforme.

G. Cauli (*Bollettino della Società di Cultura Medico-Chirurgica della Prov. di Frosinone*, febbraio 1935) descrive un sintoma che egli qualifica patognomonico della gangrena appendicolare. Per ricercarlo occorre eseguire una palpazione dolce, strisciata dal bordo del muscolo retto destro verso la spina iliaca, senza premere nel senso verticale: se l'esito della ricerca è positivo si avverte un crepitio fine gassoso a piccolissime bolle. Tale sintoma è precoce; tardivamente, quando la sierosa non è più integra, e i gas della gangrena si sono diffusi nel cavo dell'addome, esso scompare. La presenza quindi di questo segno sta ad indicare la necessità di un intervento di urgenza.

VICENTINI.

TECNICA DI LABORATORIO.

La ricerca del glucosio nelle urine col metodo di Benedict.

Il metodo di Benedict, per la ricerca del glucosio nelle urine non si è ancora abbastanda diffuso fra noi, nonostante i suoi indiscutibili vantaggi, in confronto degli altri metodi (uso di una sola soluzione, che si conserva indefinitamente, specificità della reazione). J. Fine (*British med. journ.*, 5 giugno 1935) indica alcuni accorgimenti per rendere la prova anche approssimativamente quantitativa.

1) A due provette contenenti 5 cmc. del reattivo, si aggiungono rispettivamente cmc, 0,5 e 0,1; si tiene in bagno-maria bollente per 5 minuti e si filtra il contenuto della prima provetta. Se il filtrato è bluastro, lo si confronta con una serie di tubi già preparati e contenenti quantità progressive di glucosio. Se il filtrato è incoloro o gialliccio, si filtra il contenuto della seconda provetta e se ne paragona il colore con quello della serie. Le quantità di glucosio *per cento* possono calcolarsi con la seguente tabella:

Numero del tubo della serie	1	2	3	4	5	6
Glucosio % usando cmc. 0,5 di urina	0	0,4	0,8	1,2	1,6	2,0
Glucosio % usando cmc. 0,1 di urina	0,11	2,6	4 4	6,3	8,1	10,0

2) Si usa soltanto la provetta con 0,5 cmc. di urina, procedendo come sopra. Le urine con glucosio in quantità inferiore al 2 % danno filtrati ancora bluastri, che possono essere paragonati alla serie di cui sopra; quelle con il 2 % preciso danno filtrato perfettamente incolore (precipitazione completa del rame) e quelle con glucosio oltre il 2 % danno un filtrato gialliccio fino al 5 %, che diventa man mano brunastro con valori più alti di glucosio. Il colore è dovuto alla caramellizzazione del glucosio contenuto in quantità superiore al 2 %, che dà anche un odore caratteristico.

Il filtrato gialliccio si confronta con una serie di tubi preparati in precedenza corrispondenti a quantità di glucosio del 3, 4, 5, 6, 8, 10 %, aggiungendo a 5 cmc. della soluzione di Benedict cmc. 0,5 di soluzione di glucosio alle accennate percentuali. Si deve tener presente che con queste quantità di glucosio, è indispensabile che la bollitura venga fatta per 5 minuti e non più, altrimenti la caramellizzazione del glucosio procederebbe e falserebbe i risultati. La serie di questi tubi con queste quantità di glucosio si conserva bene per alcuni mesi.

L'A. usa una soluzione di Benedict leggermente più diluita che quella consueta e preparata con le seguenti proporzioni:

Solfato di rame ($CuSO_4 + 5\ H_2O$)	g.	16,1
Citrato di sodio	»	161,0
Carbonato di sodio anidro	»	93,0
Acqua dist. q. b. p. cmc. 1000.		

fil.

VARIA

Il vocabolario medico.

Si fa un gran parlare, in questi ultimi tempi, della necessità di una maggiore purezza di linguaggio da parte dei medici nei loro elaborati scientifici.

Il dr. Coelho, in un recente congresso di giornalisti medici, si è dichiarato molto rattristato dalle improprietà grammaticali ed etimologiche della letteratura medica, ed ha esortato i colleghi latini a salvaguardare la purezza della lingua latina che è la fonte più preziosa per il conio dei termini scientifici. Il dr. Coelho, ad esempio, non vorrebbe sentire o leggere degli ibridismi etimologici come *urinoterapia*, nè degli aggettivi come *neoplasico*, là dove si dovrebbe dire *neoplastico*.

Ora, noi pensiamo che il purismo nel linguaggio scientifico è necessario, ma che non è giusto che per ottenerlo si vada a finire nella pedanteria.

È di questa opinione anche chi ha scritto l'editoriale di uno degli ultimi numeri del « British Medical Journal ». L'A. di questo articolo ha pescato, a caso, una frase in un vecchio volume del giornale stesso ed ha trovato « negli ultimi due anni tutti i casi che ho curato, sono stati operati ». Il purista subito osserverà che non è possibile curare dei casi, bensì dei panzienti; ed è giusto.

Ma se invece la frase fosse stata, per esempio: « oggi ho visto un caso di cancro inoperabile » sostituendo la parola *caso* con *paziente* si sarebbe dovuto dire « oggi ho visto un paziente affetto da carcinoma inoperabile », il che è più lungo.

Certo, la linea esatta fra la pedanteria affettata e la correttazza di linguaggio è assai difficile a trarsi!

G. LA CAVA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La questione della disinfezione terminale nelle malattie contagiose.

Sulla dibattuta questione della disinfezione terminale nella difesa contro le malattie contagiose l'Ufficio internazionale d'Igiene pubblica ha fatto un'interessante inchiesta nei vari paesi e ne ha resi noti i resultati in un supplemento del proprio «*Bulletin mensuel*», t. XXVI, n. 11, novembre 1934.

Ritenuto che molte amministrazioni sanitarie hanno semplificato, riformato o anche abbandonato la pratica tradizionale della disinfezione terminale, per attuare l'inchiesta è stato diramato il seguente questionario:

1) In che misura, col nuovo sistema, si pratica ancora la disinfezione terminale:

a) dopo guarigione di un malato contagioso rimasto a domicilio;

b) dopo decesso del malato pure a domicilio;

c) immediatamente dopo il trasporto del malato all'ospedale.

2) In che misura il nuovo sistema ha modificato quelli abituali in riguardo:

a) alla disinfezione della casa o della camera del malato (con formalina, con anidride solforosa, con acido fenico, ecc);

b) al trasporto del materiale letterecclo, biancheria e altri oggetti provenienti dalla camera del malato ad una stazione di disinfezione (per il trattamento col vapore, colla formalina, per la disinsettazione cianidrica, ecc.);

c) alla disinfezione del suddetto materiale sul posto o nella camera stessa (per es. con formalina).

3) In che misura è stata semplificata o abbandonata la disinfezione terminale per le diverse malattie e fino a che punto i varî sistemi di disinfezione sopraricordati sono ancora applicati in caso di:

a) vaiolo;

b) tifo esantematico;

c) scarlattina, difterite, morbillo, o altre infezioni trasmesse con materiali provenienti dalla bocca o dalle vie respiratorie;

d) infezioni tifoidi o dissenteria;

e) altri casi particolari, come i decessi a domicilio per tubercolosi acuta.

4) Su quali punti hanno portato principalmente le economie ottenute col nuovo sistema. Sono state notevoli nei riguardi del personale, del costo dei disinfettanti o dell'impianto e funzionamento degli stabilimenti di disinfezione?

Come si compara l'economia realizzata, colle spese portate dalle nuove misure che sono considerate come essenziali (anche quando non è praticata la disinfezione) e cioè la pulizia completa della camera del malato, la lavatura e pulizia a fondo degli effetti letterecci, biancheria, ecc.?

5) È stato ritenuto necessario, introducendo il nuovo sistema, di assicurare con speciali disposizioni la disinfezione in corso di malattia della camera del malato durante il periodo di contagiosità? In caso affermativo come e con quale personale è organizzata tale disinfezione?

6) È risultato che le economie realizzate abbiano avuto per conseguenza un maggior rischio di diffusione di una malattia infettiva qualsiasi?

Risposero al questionario i seguenti Stati: Algeria, Canadà, Cecoslovacchia, Chilì, Danimarca, Egitto, Francia, Germania, Gran Bretagna, Italia, India inglese, Olanda, Russia, Scozia, Stati Uniti.

Non tutte le risposte hanno fornito con precisione le notizie richieste, e ciò è ben comprensibile considerando, oltre la intrinseca complessità delle domande formulate, le notevoli differenze esistenti, anche in uno stesso paese, fra i servizi di disinfezione degli uffici d'igiene dei grandi centri e quelli dei comuni rurali, e la conseguente difficoltà di indicare esattamente il rendimento tecnico sanitario ed economico dei varî sistemi di disinfezione in uso nelle singole località e nei varî casi.

Tuttavia, senza fermarsi a riferire le particolareggiate notizie concernenti i diversi Stati, dal loro complesso si possono dedurre alcune interessanti conclusioni di carattere generale sul controverso argomento dell'importanza della disinfezione terminale in confronto a quella cosidetta concomitante o corrente, da farsi, cioè, al letto dell'infermo e durante la malattia.

Non si può mettere in dubbio che la disinfezione concomitante possa sostituire quella terminale, non solo, ma che sia molto più efficace di quest'ultima. Su tale affermazione tutti possono accordarsi in linea di principio. Prima però di raccomandare alle amministrazioni sanitarie di abbandonare la disinfezione terminale per adottare quella concomitante, bisogna prendere in considerazione le numerose abiezioni che riguardano il lato tecnico dell'applicazione pratica di quest'ultima.

Anzitutto la disinfezione concomitante non raggiunge il suo scopo se non è eseguita in modo perfetto. Pertanto nelle famiglie agiate e di sufficiente cultura essa può essere affidata alla famiglia stessa del malato e questo sistema in molti Stati, e quasi sempre nelle grandi città, ha dato buoni resultati, così dal punto di vista sanitario come da quello economico. Invece dove la popolazione possiede un grado di cultura meno elevato e vive in condizioni igieniche ed economiche meno favorevoli, nelle zone lontane dai centri e negli aggregati rurali, la disinfezione concomitante non può essere affidata alle famiglie e dovrebbe essere eseguita da un personale apposito. Il servizio riuscirebbe molto costoso e sarebbe di difficile realizzazione. La disinfezione ter-

minale inoltre rappresenta spesso una pulizia radicale per molte abitazioni, nelle quali altrimenti non verrebbe fatta, e perciò, anche per tale ragione, non parrebbe conveniente rinunciarvi del tutto.

Dall'insieme delle notizie raccolte nei varî paesi sembra si possa concludere che, per quanto la disinfezione concomitante sia preferibile a quella terminale in certe malattie contagiose, essa non può essere applicata che facoltativamente. In molti Stati il funzionario medico ha facoltà di ordinare quale metodo di disinfezione deve essere applicato, caso per caso; ed il sistema dà buoni resultati. Come spesso accade l'igiene pratica è differente dall'igiene teorica; sembra quindi conveniente modificare, dove esistono, le disposizioni che prescrivono in modo generico le disinfezioni ed il loro metodo di applicazione, nel senso di specificare singolarmente per ciascuna malattia infettiva il genere particolare di disinfezione che meglio corrisponde alle attuali conoscenze sull'agente causale, sul modo di propagazione e sull'epidemiologia della malattia stessa. Così in alcune malattie infettive, che secondo le vecchie disposizioni sono soggette a disinfezione obbligatoria, si può fare a meno di una vera e propria disinfezione con mezzi chimici o fisici, e sostituirla con una radicale pulizia. Nelle nuove prescrizioni si dovrà tener conto del fatto che, in generale e salvo eccezioni, il contagio non è propagato e trasmesso dagli oggetti inanimati, ma dagli esseri viventi: insetti, topi, animali domestici, sopra tutto dai convalescenti e dalle persone che circondano il malato. Le norme profilattiche per le singole malattie riguarderanno perciò la disinsettazione, la derattizzazione e il trattamento dei portatori dei germi.

Concludendo l'inchiesta dell'Ufficio internazionale d'Igiene pubblica ha ridotto alle sue giuste proporzioni la questione della disinfezione terminale o concomitante, mettendo in evidenza come, in questa materia, non si possono dettare regole assolute ed applicabili in tutte le circostanze, ma la dottrina scientifica debba adattarsi alla molteplicità dei casi pratici e piegarsi alle esigenze della realtà.

A. FRANCHETTI.

Utilissimo per i concorsi ai posti di Ufficiale Sanitario:

Dott. AZEGLIO FILIPPINI
Dirigente il Reparto di Igiene applicata nell'Istituto sperimentale delle FF. SS. in Roma.

PRONTUARIO DELL'IGIENISTA

Prefazione del Prof. GIUSEPPE SANARELLI
Direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Univ. di Roma.

Manuale compilato con **criteri eminentemente pratici** ad uso dei medici condotti, degli ufficiali sanitari e di tutti i funzionari addetti alla vigilanza igienica.

Volume di pag. XVI-564, rilegato in tela. Prezzo L. **52**.
Per i nostri abbonati sole L. **48,50** franco di porto.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Modifiche al T. U. delle leggi sull'istruzione superiore.

Con regio decreto-legge pubblicato dalla « Gazzetta Ufficiale » del 3 luglio, vengono apportate modifiche e aggiornamenti al Testo Unico delle leggi sull'istruzione superiore.

Viene tra l'altro stabilito che agli effetti del conseguimento della laurea e del diploma presso le facoltà degli Istituti d'istruzione superiori, sono necessarie l'iscrizione e la frequenza e gli esami di un determinato numero di insegnamenti.

Gli insegnamenti si distinguono in fondamentali e complementari: gli insegnamenti fondamentali sono obbligatori per il conseguimento della laurea o diploma. Lo studente dovrà inoltre scegliere fra gli insegnamenti complementari almeno quanto ne occorra per completare il numero degli insegnamenti richiesti per il conseguimento della laurea o del diploma. I posti di professori di ruolo di ciascuna facoltà sono riservati per almeno due terzi agli insegnamenti fondamentali; gli altri posti possono essere assegnati anche ad insegnamenti complementari.

Con Decreti Reali da emanarsi su proposta del Ministro per l'Educazione Nazionale saranno determinati in rapporto alle singole lauree o diplomi: *a*) l'elenco degli insegnamenti fondamentali; *b*) il numero massimo degli insegnamenti complementari che potranno essere stabiliti negli statuti in aggiunta agli insegnamenti fondamentali; *c*) il numero complessivo degli insegnamenti necessari per il conseguimento della laurea o del diploma.

Cronaca del movimento professionale.

Assunzione di medici civili per l'Africa Orientale.

Il Ministero delle Colonie accoglie domande di assunzione in servizio civile di medici da destinarsi nelle colonie dell'Africa Orientale.

Gli interessati possono rivolgersi al predetto Ministero, Ufficio del Personale, per gli schiarimenti e le informazioni occorrenti.

Per la nomina a sottotenente medico di complemento.

Gli ufficiali inferiori di complemento, i sottufficiali e i militari di truppa in congedo illimitato di tutte le armi e corpi hanno facoltà di presentare istanza per conseguire la nomina a sottotenente di complemento nel corpo sanitario o nel corpo veterinario.

La data ultima per la presentazione della domanda è fissata per il 10 agosto p. v.; la data degli esperimenti, ai quali gli interessati dovranno essere sottoposti, è stabilita al 2 settembre c. a.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Il Sindacato Provinciale Fascista Medico di Roma comunica che numerose domande di interinati gli pervengono, specialmente in rapporto

alle ferie che i medici titolari della Provincia sogliono godere durante il periodo èstivo.

Il Sindacato invita pertanto tutti quei medici che abbiano interesse di occuparsi interinalmente presso questo o quel Comune a voler far sollecitamente pervenire al Sindacato stesso, Corso Vitt. Em. 21, una loro domanda in carta semplice corredata di un breve « curriculum vitae » e da tutte quelle altre notizie che possano ritenere utili al loro scopo.

Il Segretario: Prof. GIOVANNI PEREZ.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Rovigo 30 luglio; Campobasso, Cosenza, Foggia, Parma 31 luglio; Mantova 8 agosto; Perugia, Reggio Emilia, Trieste, Udine 10 agosto; Savona 14 agosto; Belluno, Cagliari, Como, Enna, Gorizia, Novara 15 agosto; Viterbo 16 agosto; Bergamo, Brindisi, Matera, Varese 20 agosto; Avellino 22 agosto; Benevento 25 agosto; Grosseto, Pavia 27 agosto; Ragusa 29 agosto; Bologna, Cremona, Milano 30 agosto; Alessandria, Brescia, Caltanissetta, Ferrara, La Spezia, Nuoro, Pescara, Piacenza, Pisa, Pola, Ravenna, Rieti, Roma, Siracusa, Sondrio, Teramo, Terni, Torino, Treviso, Venezia, Vercelli, Verona 31 agosto.

AIDONE (*Enna*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8500, oltre cinque aumenti quinquennali del decimo. Limiti di età anni 35, salvo eccez. di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Aiuto del Reparto Medico; titoli; scad. 31 ottobre; vitto, alloggio, 10 % sulle rette degli ammalati paganti del reparto medico: è garantito un minimo di Lire Egiziane 250 annue, pagabili a rate mensili posticipate; è consentito il libero esercizio. Chiedere avviso per le altre condizioni (comprese quelle di esercizio professionale in Egitto). Rivolgersi alla Direzione.

AREZZO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 20 agosto; direttori di 3 Sezioni dispensariali; stip. L. 3000, L. 2500 e L. 2500; 5 quadrienni decimo; età limite 40 anni al 20 giugno; tassa L. 50,05. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia).

FERRARA. *Arcispedale di Sant'Anna.* — Concorso, per titoli, al posto di specialista otorinolaringoiatra. Stipendio annuo L. 6000 oltre le percentuali fissate dal regolamento per le cure prestate a favore di persone in proprio e curate sia nel reparto, sia nel rispettivo ambulatorio. La percentuale è presentemente del 50 % sulle somme incassate. Scadenza ore diciotto del 31 luglio 1935.

LODI (*Milano*). *Ospedale Maggiore.* — Concorso al posto di chirurgo primario. Stipendio L. 12.500; indennità s. a. L. 2500; indennità di carica lire 3000, con le ritenute e decurtazioni di legge. Sei aumenti periodici di un decimo cadauno. Trenta giorni di vacanza all'anno retribuiti. Scadenza 30 luglio 1935. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria del Luogo Pio.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorsi, per titoli ed esami, ai seguenti posti nel Sanatorio Vitt. Em. III in Garbagnate Milanese: *a*) medico primario specialista, stip. L. 7850, indenn. trasferta L. 2500 ecc.; *b*) due medici assistenti, stip. L. 6100, indenn. resid. L. 1500, guardie L. 20 ecc.; *c*) un prosettore, stip. L. 7300, oltre L. 2000 indenn. trasferta ecc.; per i posti *a*) e *c*) orario limitato. Tassa L. 50. Chiedere annunzio. Scad. ore 16 del 30 settembre. Domande e documenti all'Ufficio di Protocollo del Consiglio, via Ospedale 5, Milano; per informazioni rivolgersi alla direzione del Sanatorio.

MILANO. *R. Prefettura.* — Concorso per 5 posti di Ufficiale Sanitario nei Consorzi di Abbiategrasso ed Uniti, Magenta ed Uniti, Melegnano ed Uniti, S. Angelo ed Uniti e nel Comune di Monza. Stipendio pei Consorzi L. 18.000 più L. 5000 indennità mezzo di trasporto, 5 aumenti quadriennali del decimo; per Monza L. 13.000 più L. 4000 di servizio attivo. Scadenza ore 18 del 30 agosto 1935-XIII. Chiedere bando alla R. Prefettura di Milano, Ufficio Sanitario.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Pesaro II, Riccione, Loreto, Macerata II, Spoleto (Ancona); Chiusi II, Pistoia II, Prato II, Pontassieve I, Altopascio, Castelfiorentino, San Cassiano, Frassineto, Firenze IV, Firenze VIII, Firenze X (Firenze); Taurasi (Foggia); Predosa, Genova Rivarolo II, Genova Rivarolo III, Diano Marina (Genova); Gallarate, Rovato, Treviglio, Lambrate, S. Zeno Folzano (Milano); Palermo IV, Palermo VI, Porto Empedocle I, Castronovo (Palermo); Carsoli, Castel di Sangro, Gallese, Roma I, Roma II, Roma IV, Roma VI, Roma X, Roma XIII, Roma XVI, Tarquinia II (Roma); S. Antonino di Susa, Casale Monferrato II (Torino); Verona IV, Venezia IV, Sambonifacio, Casarsa, Meolo, Venezia II (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentisi). Scadenza ore 17 del 31 luglio 1935-XIII.

VICENZA. *Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi.* — Posto di assistente. Stipendio annuo L. 15.000, oltre 5 aumenti quadriennali del decimo; partecipazione negli introiti per le ricerche e le analisi. Servizio attivo L. 2000. Limiti di età, anni 35, salvo eccez. di legge. Scadenza 31 luglio 1935.

VIGO DI CADORE (*Belluno*). — Concorso al posto di medico condotto per il Consorzio. Stipendio annuo L. 10.000. Indennità per mezzo di trasporto, automobile, L. 3500. Se Ufficiale Sanitario, L. 550. Limiti di età anni 32 salvo eccez. di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

BORDIGHERA-SAN REMO, cedesi avviata pratica medica, prelievo impianti moderni, eventualmente apparecchi, mobilia ecc., causa trasferimento fuori provincia. Miti pretese. Scrivere Dott. Cav. G. Piazza, Bordighera.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Francesco Landogna Cassone, della R. Clinica Medica di Genova, ha conseguito la libera docenza in patologia speciale medica dimostrativa. Rallegramenti cordiali.

Il dott. Mario J. del Carril è nominato presidente della Società argentina di pediatria.

NOTIZIE DIVERSE

7° Corso internazionale di alta Cultura Medica.

Di tale importantissimo corso (Bruxelles 12-19 sett.; Spa 20 sett.-2 ott. 1935), che anche quest'anno si presenta di eccezionale interesse per l'attualità degli argomenti che saranno trattati dai più illustri conferenzieri (circa 100) di ogni Paese, già i nostri lettori sono informati, avendone noi dato notizia in fascicoli precedenti.

« Il Policlinico », allo scopo di agevolare gli studiosi italiani che intendano partecipare al corso, ha ottenuto, previ opportuni accordi, dalla « Tomarkin Foundation Incorporated », di raccogliere le adesioni degli eventuali partecipanti, concedendo, in linea del tutto eccezionale, *a coloro che si sottoscriveranno presso la nostra Amministrazione, le seguenti facilitazioni sulla quota d'iscrizione:*

Corso intero: fr. bel. 340 = lire ital. 140, invece di fr. bel. 400;

Metà Corso (sia Bruxelles, sia Spa): fr. bel. 212,50 = lire ital. 87, invece di fr. bel. 250;

Una Sezione del Corso: fr. bel. 127,50 = lire ital. 52, invece di fr. bel. 150.

Per usufruire di dette facilitazioni è necessario però che la quota d'iscrizione sia fatta pervenire alla nostra Amministrazione entro il corrente mese, al fine di inoltrare agli aderenti in tempo utile tutti i documenti necessari.

Il Comitato d'organizzazione poi, per facilitare il viaggio, ha nominato la C.I.T. (Compagnia Italiana Turismo) agente ufficiale per il trasporto dei congressisti italiani.

Tutti coloro che desiderano prendere visione del programma del Corso possono farne richiesta alla nostra Amministrazione.

Servizi sanitarî nell'Africa Orientale.

I servizi sanitari per le maestranze operaie dislocate in Africa Orientale hanno raggiunto la stessa efficienza di quella predisposta per le truppe. I bollettini sanitari delle ultime settimane registrano un irrilevante numero di infermi, progressivamente decrescente, in relazione alla massa della popolazione e degli operai in continuo aumento per i nuovi contingenti che arrivano in colonia.

Il servizio sanitario è stato posto alla diretta dipendenza della Direzione sanitaria militare dell'Intendenza dell'Africa Orientale e la organizzazione prestabilita assegna a ciascun cantiere un medico civile o militare; quando il numero degli operai superi 1200 sono assegnati due sanitari.

Ogni cantiere dispone d'un posto di medicazione e d'una infermeria e le infermerie fanno capo agli ospedali civili e agli ospedali militari da campo.

Ad Asmara, Massaua, Mogadiscio sono stati istituiti depositi di smistamento, serviti d'automezzi per la visita medica ai nuovi arrivati e l'avviamento ai cantieri.

L'assistenza, devoluta all'apposito ufficio dell'Alto Commissario, integra l'organizzazione sanitaria e il controllo dei trattamento materiale e delle condizioni morali nei diversi cantieri. A ciascun operaio vengono distribuiti quotidianamente le seguenti razioni di generi alimentari principali: pane gr. 900, carne gr. 300, pasta gr. 350, formaggio gr. 50, patate gr. 150, oltre ai condimenti. Il pane è fornito dai forni militari, o confezionato presso i cantieri, dove esiste un deposito riserve viveri per 10 giorni continuamente rinnovato.

È anche organizzata l'assistenza morale.

42° Congresso italiano di chirurgia.

Il 42° Congresso della Società italiana di chirurgia si adunerà a Bologna dal 21 al 24 ottobre, sotto la presidenza dell'on. prof. R. Paolucci. Saranno discussi i seguenti temi di relazione: 1° « Cisti e tumori del polmone »; 2° « Trombosi ed embolie »; 3° « Mediastiniti » (in comune con la Società ital. di medicina interna).

Alle Giornate mediche di Bruxelles.

Le « Giornate Mediche Internazionali » che hanno riunito a Bruxelles oltre 2500 medici e spiccate personalità della scienza medica di tutto il mondo, sono state inaugurate alla presenza dei Sovrani del Belgio. Il 22 giugno il sen. Nicola Pende, dinanzi ad un denso uditorio, presente l'Ambasciatore d'Italia conte Vannutelli Rey, ha svolto, nell'aula Laguesse del palazzo dell'Esposizione Internazionale, il tema: « Azione degli alimenti sul sistema endocrino », analizzando l'influenza modificatrice indotta dalle differenti sostanze alimentari in condizioni varie e traendone nuovi orientamenti per l'alimentazione razionale. La relazione ha destato unanimi consensi.

Il 7 luglio il sen. Pende, pure in presenza dell'ambasciatore d'Italia, ha tenuto una conferenza sul tema: « La scienza a servizio dell'atletismo »; essa è stata illustrata da una cinematografia della « LUCE » e molto applaudita.

Convegno idrologico alle terme di Chianciano.

Il 1° luglio ha avuto luogo a Chianciano un importante Convegno Idrologico durante il quale sono state rese onoranze ai Maestri scomparsi Pietro Grocco e Domenico Barduzzi che dell'Idrologia e particolarmente di Chianciano furono convinti assertori.

Le numerose personalità presenti, tra le quali i senatori Maragliano, Giordano e Sanarelli ed i proff. Valenti, Bussi, Castiglione, Franchetti e Sabatini, i gr. uff. Rebucci e Della Casa, i varî medici convenuti, le autorità e le innumerevoli adesioni, hanno contribuito a rendere eccezionalmente importante questo Convegno durante il quale sono stati trattati importanti argomenti riguardanti l'idrologia e le terme Italiane.

Scoperta una targa in ricordo di P. Grocco che fu consulente medico di Chianciano per oltre 15 anni e di D. Barduzzi che ne propagò le proprietà curative, i convenuti hanno assistito alla inaugurazione del nuovo Circolo di Forestieri, un vero gioiello di eleganza e buon gusto, e del nuovo tratto del Grande Viale Roma, riportando della stazione termale la migliore impressione.

A Chianciano si lavora molto e bene ed ogni anno alle miracolose acque accorre una folla sempre più numerosa.

In omaggio ai senatori Mangiagalli e Rossi.

Ricorrendo l'anniversario della morte del sen. Luigi Mangiagalli, fondatore e primo Rettore della R. Università di Milano, il Corpo Accademico dell'Università stessa, con a capo il rettore magnifico prof. Livini, si è recato al Cimitero Monumentale per rendere omaggio alla memoria dell'illustre ginecologo. Intorno alla tomba, presenti l'Accademico prof. Rondoni ed il sen. Devoto, il prof.

Livini, dopo un minuto di raccoglimento, ha compiuto il rito fascista dell'appello, al quale tutti hanno risposto: « Presente! ». Sulla tomba è stata deposta una corona di bronzo ed una di rose. Una terza corona è stata deposta nella cappella di famiglia, sulla tomba del sen. Baldo Rossi, primo successore del sen. Mangiagalli nel rettorato dell'Università. Anche qui è seguìto il rito dell'appello fascista, nel devoto raccoglimento dei presenti.

Commemorazione del prof. S. Ottolenghi.

La Società di Medicina Legale di Roma ha commemorato il prof. S. Ottolenghi nel primo anniversario della sua morte.

Alla riunione, solenne ed insieme austera, intervennero i familiari del defunto ed elevate personalità sanitarie di Roma. Aderirono le Scuole di Medicina Legale del Regno, i direttori delle Cliniche Romane, le Autorità Accademiche, i più alti funzionari del Ministero della Giustizia e dell'Educazione Nazionale, il Primo Presidente della Cassazione, il Governatore, il Rettore dell'Università.

Il presidente della Società, on. Dore, commemorò lo scienziato e il patriota; il prof. Moriani, venuto espressamente da Bologna, disse commosse parole di rimpianto per la perdita del suo illustre predecessore. Il prof. Di Tullio ricordò il fondatore della Scuola di Polizia Scientifica e il contributo da lui dato all'Antropologia criminale; il prof. Bellucci parlò del cultore di Medicina Sociale: i proff. Bellussi e Scatamacchia in nome degli aiuti e degli assistenti mandarono alla memoria del Maestro un riconoscente saluto.

Un po' dovunque.

Il 4 maggio fu costituita a Parigi l'Unione internazionale contro il cancro, sotto la presidenza di Justin Godart; vi sono rappresentate 44 Nazioni.

La data del 15° Congresso internazionale di fisiologia è definitivamente fissata dal 9 al 18 agosto; i lavori si svolgeranno a Leningrado dal 9 al 16 ed a Mosca il 17 e il 18 agosto. Per informazioni scrivere a: Main P. O., Box 13, Leningrad. Dal 25 al 30 agosto si terrà a Odessa un Congresso di fisioterapia; rivolgersi al Dr. Shimshelevicz, B. Vorobinsky 7, Flat 5, Mosca 28. Per quanto riguarda la parte amministrativa dei due congressi, indirizzarsi alle agenzie dell'Inturist.

Il 1° Congresso internazionale dei medici amici del vino si terrà a Losanna dal 26 al 31 agosto, nei locali della Facoltà di medicina, sotto la presidenza del sen. prof. Portmann. Relazioni: Le vitamine nel vino (prof. Baglioni, di Roma); Il vino nelle malattie della nutrizione (dott. Weissebach, di Parigi); Il vino in psichiatria (dottori Anglade, di Bordeaux, e Riser, di Tolosa). Rivolgersi al prof. Silvestro Baglioni, direttore dell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Roma.

Il 5° Congresso di chimica biologica si terrà a Bruxelles dal 23 settembre al 2 ottobre. Temi: La successione dei processi enzimatici nel tessuto muscolare (rel. Parnas); Il meccanismo della respirazione intracellulare (rel. Keilin); I metodi fisici applicabili in biologia (rel. Lecomte de Noüy). Rivolgersi al segretario generale della « Société de chimie biologique », rue de Sèvres 149, Paris.

La Società Italiana per il progresso delle scienze si riunirà a Palermo dal 12 al 18 ottobre; presidente del Comitato ordinatore è l'on. prof. Di Marzio, rettore dell'Università.

Il Consiglio della Società per gli Studi della Malaria si è adunato il 13 giugno sotto la presidenza del sen. N. Prampolini, assistito dal segretario prof. G. Raffaele; ha discusso sul programma da svolgere.

Per informazioni rivolgersi al segretario, Istituto di Malariologia, Policlinico Umberto I, Roma.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia è convocata in adunanza straordinaria il giorno 20 corrente luglio, presso la R. Clinica dermosifilopatica di Roma (Policlinico Umberto I) per procedere, a norma del nuovo statuto, al rinnovamento del consiglio direttivo e per eventuali comunicazioni scientifiche e presentazione di casi clinici di speciale importanza.

Per ogni schiarimento i socii possono rivolgersi al segretario della Società, prof. Vincenzo Montesano, piazza Campo Marzio 3, Roma.

L'« Unione dei medici feriti o mutilati di Guerra » della Francia, costituita nel 1926 a scopo di assistenza mutua e di cameratismo benefico, ha rinnovato il suo ufficio per un biennio; alla presidenza è stato chiamato il Dr. G. De Parrel, in sostituzione del Dr. J. Schneider, nominato presidente della « Federazione nazionale dei medici del fronte »; come segretario generale è stato confermato il Dr. O'ffollowell (rue d'Argenteuil 9, Paris 1er).

Il 10° Congresso internazionale della « Liga Homeopatica Internationalis » si terrà a Budapest dal 19 al 25 agosto, sotto la presidenza di G. Schiemert.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 26 giugno sotto la presidenza del prof. F. D'Alessandro. Sono state fatte comunicazioni da G. Zaccarini e L. Feci.

Le Giornate d'aviazione medica e sanitaria si sono tenute a Berck-Plage (Francia) il 29 e il 30 giugno.

La Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi ha diffuso in questi giorni due pubblicazioni di grande interesse ai fini della conoscenza di quanto è stato finora realizzato dal Regime Fascista e di quanto si profila nei futuri immancabili vittoriosi sviluppi della lotta contro la tubercolosi: « Il presente e l'avvenire nella lotta contro la tubercolosi in Italia » di S. E. l'on. avv. Bruno Biagi e « Per l'uomo e per la stirpe » dell'on. avv. prof. Alfredo de Marsico.

È stato in Italia il batteriologo prof. Löwenstein, di Vienna.

Il medico inglese John Parkinson ha tenuto a Praga, innanzi alla Società dei medici cechi e alla Società di cardiologia, una conferenza sulla cardialgia.

Il dott. Mauro Gioseffi ha tenuto all'Associazione Medica Triestina una conferenza sul tema: « Bonifica umana e risanamento tellurico in Istria ».

Il 19 giugno fu inaugurato a Francoforte sul Meno un Istituto per l'eredobiologia e l'igiene razziale; sarà diretto dal prof. Eugen Fischer.

Il Consiglio amministrativo della Commissione d'assistenza pubblica di Bruxelles ha deciso d'intitolare il Centro dei tumori, nell'Ospedale Brugmann, a Jules Bordet.

L'Istituto centrale per il perfezionamento dei medici a Mosca ha organizzato un Ufficio di consultazione, che fornisce indicazioni bibliografiche, informazioni su procedimenti diagnostici e curatici nuovi, indirizza allo studio di malati rari e interessanti; ne fanno parte clinici e scienziati eminenti; le consultazioni sono gratuite.

La Reale Società Italiana d'Igiene ha allo studio il progetto di una Clinica Naturista in Italia, in pieno ed esclusivo accordo con la Unione Naturista Italiana.

In Ungheria è in esame, presso l'Assemblea nazionale, una nuova legge che riorganizza e disciplina la professione medica. Vengono istituite le Camere dei Medici, che riuniranno da 100 a 1000 medici ciascuna. Il nuovo codice professionale contempla, tra l'altro, la condotta immorale e l'attitudine antinazionale.

Si è svolta in Roma, all'Augusteo, la cerimonia per la premiazione dei vincitori delle gare d'igiene nelle scuole; vi sono intervenuti il Governatore e le maggiori autorità sanitarie, scolastiche e politiche.

Per esercizio abusivo della medicina tale Giovanni Meldozzi è stato condannato dal Pretore di Civitanova Marche; la sentenza è stata confermata in appello; la Corte di Cassazione ha respinto un ricorso.

Il dott. A. Chindemi, direttore del Laboratorio Chimico Provinciale di Terni, ci scrive per rilevare che la morte del dott. Mario Cicciani — pubblicata nel numero del 20 giugno u. s. dell'« Avvenire Sanitario » e da noi riportata nel nostro precedente fascicolo 27 — non fu dovuta ad esalazioni di cianuro potassico, ma ad ingestione volontaria di questo prodotto.

È deceduto a 74 anni il prof. VICTOR MORAX, svizzero naturalizzatosi francese; negli ospedali di Parigi aveva creato un centro di studi e d'insegnamento dell'oftalmologia; aveva eseguito notevoli ricerche nell'Istituto Pasteur di Parigi e notissimo è il diplobacillo di Morax, agente eziologico di congiuntiviti subacute. A. P.

È morto a Palermo il prof. ANTONIO BENTIVEGNA, medico capo del Comune; aveva svolto opera di organizzazione e di tutela della classe medica.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 10 giugno al 16 giugno: Morbillo 449 (2291); Scarlattina 117 (314); Pertosse 103 (341); Varicella 201 (477); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 143 (233), Infezioni paratifiche 36 (47); Febbre ondulante 64 (87); Dissenteria 8 (8); Difterite e croup 179 (362); Meningite cerebro-spinale epidemica 13 (15); Poliomielite anteriore acuta 12 (14); Encefalite letargica — (—); Anchilostomiasi 11 (16); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 55 (81), dichiarata — (—); Pustola maligna 26 (27).

Denunzie dal 17 giugno al 23 giugno: Morbillo 396 (2102); Scarlattina 103 (327); Pertosse 121 (416); Varicella 153 (353); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 158 (418); Infezioni paratifiche 54 (73); Febbre ondulante 76 (102); Dissenteria 9 (15); Difterite e croup 168 (313); Meningite cerebro-spinale epidemica 12 (12); Poliomielite anteriore acuta 14 (23); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 9 (18); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 49 (74), dichiarata — (—); Pustola maligna 13 (14).

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

ANNO XLII Roma, 22 Luglio 1935 - XIII Num. 29

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

R. CLINICA DELLE MALATTIE TROPICALI E SUBTROPICALI DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA

Direttore: Sen. Prof. ALDO CASTELLANI

L'amilasi fecale e il suo comportamento nei colitici.

Dott. GABRIELE AMALFITANO, assistente effettivo.

Quando i ricercatori furono occupati nello studio del meccanismo con cui si compivano i vari processi di digestione delle sostanze alimentari, sulla base delle conoscenze già acquisite sui fenomeni enzimatici intervenenti nella scissione di aggruppamenti molecolari complessi in altri sempre più semplici, l'attenzione fu rivolta allo studio delle proprietà enzimatiche dei succhi digerenti.

Così, per quel che riguarda la digestione dell'amido, Leuchs scopriva nel 1831 un fermento amilolitico nella saliva mentre più tardi, nel 1844 da Valentin e di nuovo nel 1846 da Bouchardat e Sandras, veniva scoperto quello pancreatico.

Nella letteratura inglese, americana, e tedesca gli enzimi amilolitici vengono comunemente chiamati *diastasi*, mentre che altri autori, e specialmente i francesi, indicano con questo nome gli enzimi in generale, riservando a quelli il termine specifico di *amilasi*.

Il nome diastasi è dovuto a Peyen e Perroz, i quali dettero questo nome all'enzima che scinde l'amido in malto per indicare che esso era differente, ossia che stava in una categoria a parte (dal greco *dia*: a parte).

Senza entrare in merito all'argomento, che tratta della composizione e del modo d'azione di tale fermento e delle differenze tra le due amilasi, quella salivare e quella pancreatica, noi ci limiteremo a ricordare che la natura di esso non è ancora ben conosciuta e che esistono ancora dubbi sul meccanismo con cui il fermento amilolitico scinde l'amido nei suoi componenti più semplici. In base ad alcune qualità e proprietà ben conosciute del fermento, si hanno ragioni per ritenere che l'amilasi pancreatica differisca alquanto da quella salivare.

Nel sangue, nelle urine e nelle feci è stato possibile riconoscere, normalmente, la presen-

za del fermento amilolitico. L'amilasi del sangue trarebbe origine dal pancreas; quella urinaria deriverebbe, per secrezione, da quella ematica; mentre quella che si ritrova nelle feci deriva in massima parte dalla secrezione pancreatica (Gaston-Durand). Alcuni Autori, però, (Strasburger, Weigerb, Brugsch, Masuda) ammettono la possibilità che anche la mucosa intestinale partecipi alla sua produzione e così verrebbe spiegato il fatto osservato che nei casi di occlusione dei dotti pancreatici nell'uomo, diversamente da quello che si verifica negli animali dopo la chiusura delle dette vie, l'amilasi delle feci era fortemente diminuita ma non scomparsa del tutto (Mueller, Wynausen, Ehrmann).

In conseguenza di queste acquisizioni è evidente che la mente degli studiosi fosse rivolta, nello sforzo perenne di raggiungere quelle vie che gli rendano possibile una chiara visione ed interpretazione dei processi morbosi, allo studio del comportamento del tasso di amilasi nei tre mezzi suddetti in relazione colle più svariate sindromi patologiche.

E numerosi lavori sono stati eseguiti in questo senso e il maggior contributo è stato dato, come è naturale che fosse, allo studio delle malattie del pancreas o legate ad un disturbo della sua funzione.

L'A. che massimamente si è occupato dell'argomento è stato certamente il Wohlgemuth e i primi lavori sono i suoi e quelli della sua scuola. Lo stesso Wohlgemuth, inoltre, indicò un metodo rapido e semplice per la determinazione quantitativa della diastasi nel sangue, nelle urine e nelle feci e il suo metodo, benchè non esente da possibilità di errori e benchè non troppo preciso, è tuttora quello maggiormente adottato e consigliato per gli usi correnti della pratica.

Già nel 1908, il Wohlgemuth indicò come sintomo di alterazione pancreatica le modificazioni presentate dal sangue e dalle urine nel loro contenuto in fermento amilolitico; e in seguito, nel 1910, espresse il convincimento che si potesse fondare un criterio di prova per la funzionalità renale in base al comportamento della escrezione del fermento amilolitico da parte del rene.

Tutte le ricerche di controllo, che han fatto seguito a queste prime affermazioni, hanno confermato sì i risultati del primo sperimentatore, ma tutti sono d'accordo nel ritenere che non si possa, a meno di risultati nettissimi e tali da eliminare ogni dubbio, fondare gran che sui reperti di questi esami, molto spesso oscillanti entro ampi limiti, già abbastanza rilevanti nel normale; il che, quindi, impedisce di stabilire con precisione un limite netto tra i valori normali e quelli patologici.

Il certo è che la determinazione del tasso diastasico nel sangue e nelle urine non è entrata a far parte delle indagini correnti ai fini diagnostici predetti.

E più incertezza esiste ancora sul valore da dare alla determinazione della quantità diastasica (amilasi) contenuta nelle feci. I valori normali, in questo caso, oscillano tra limiti grandissimi (Hirayama). In genere, per quel che riguarda questo tipo di indagini, maggior significato si dà alle prove abbinate: sangue e urina; feci e urina; feci e sangue. E ciò si intende di leggeri quando si pensa che normalmente la diastasi contenuta nell'urina è quantitativamente in funzione di quella ematica e che questa ha un'origine pancreatica. L'aumento nel sangue e la diminuzione nell'urina parlerebbe per un'alterazione renale, mentre l'aumento nel sangue e la diminuzione (meglio ancora la quasi assenza) nelle feci parlerebbe per un disturbo della secrezione pancreatica.

Tutte queste ricerche, però, niente affatto prive di interesse, hanno portato molta luce sul comportamento dell'amilasi nei tre mezzi sangue, feci ed urina, tuttavia noi notiamo, specialmente se si guarda a quel che si riferisce alle feci, che esse sono state un po' unilaterali a causa dell'obbietto prefisso: lo studio della funzione pancreatica.

Così, mentre con sicurezza sappiamo che nelle feci diarroiche si trova costantemente un aumento rilevante del fermento amilolitico, fatto generalmente ammesso, cosa sappiamo noi con precisione delle modificazioni apportate dalle svariate affezioni intestinali sul tasso dell'amilasi fecale? Come si comporta, ad es., l'alterazione infiammatoria della mucosa intestinale nei riguardi dell'amilasi?

Questo è stato l'oggetto delle mie ricerche e cioè lo studio del comportamento dell'amilasi nelle feci di un gruppo di pazienti affetti da enterite e colite, di natura ed etiologia varia, sia acute che croniche, al fine di stabilire il suo comportamento in questo tipo di affezioni.

* * *

Numerosi sono i metodi indicati per la determinazione della amilasi contenuta così nelle feci che nelle urine. Ricordiamo quelli di Einhorn, Carnot e Maubam, Revello e Polacco, Gualtier, Rhona e Michaelis, Damade, Herzfeld, ecc. I principi posti a base di questi vari metodi per alcuni differiscono notevol-

mente, per altri rappresentano delle modificazioni apportate ad un altro metodo al fine di eliminare le cause di errore, che a quel metodo erano legate.

Tra tutti questi metodi alcuni sono troppo semplicisti, altri piuttosto complessi e complicati. Io ho preferito attenermi al metodo più in uso e sul quale sono fondate la maggior parte delle ricerche sulla diastasi; il metodo di Wohlgemuth. Esso è un metodo facile e tuttavia abbastanza esatto e le cause di errore diminuiscono e si portano quasi a zero se a quelle, che sono state indicate come tali, si tien conto e se si opera con le dovute cautele e la dovuta scrupolosità.

Il metodo di Wohlgemuth, come è noto, calcola i valori di diastasi (amilasi) stabilendo fino a che diluizione l'estratto fecale è capace di digerire 2 cmc. di salda d'amido 1‰ quando sono tenute a contatto per mezz'ora in termostato, ciò rilevando con la colorazione azzurra che l'iodo impartisce al liquido contenente amido indigerito.

Prima di passare alla descrizione dei dettagli di tecnica, credo opportuno far cenno qui alle principali accuse mosse a questo metodo e ai mezzi indicati come correzione del metodo stesso.

È stato sufficientemente dimostrato da moltissimi Autori (Sorensen, Michealis e Davidson, Michealis e Menten, Staffon e Addis, Norgard e Thaysen, Baumann, Shermann e Baldwin, Sotgiu, D'Ignazio e numerosi altri) la importanza esercitata dalla concentrazione ionica del mezzo sull'attività del fermento amilolitico. Il ph di 6,8 sarebbe quello optimum per lo svolgimento del processo di fermentazione amilolitica. Ciò è definitivamente e concordemente accettato, e tutti sono d'accordo anche nel ritenere che la reazione è ostacolata e fin interrotta per valori di ph che si distacchino notevolmente da quello optimum, specie i valori acidi; mentre quelli alcalini, pure se forti, la disturberebbero poco ed incostantemente. Si capisce, quindi, come il metodo originale del Wohlgemuth, il quale non tiene conto del ph del mezzo, si sia ritenuto fallace ed inesatto. L'inconveniente sarebbe, tuttavia, facilmente eliminabile con l'impiego di una soluzione tampone a ph 6,8 come è stato da parecchi autori suggerito.

Dirò subito che nelle mie ricerche non ho trascurato questo argomento, che anzi ho cercato di rendermi conto del valore delle correzioni apportate al ph per la migliore esattezza dei risultati. Elettrometricamente ho ricercato il ph dei liquidi reagenti e dei liquidi in esame. I liquidi reagenti presentavano costantemente un ph oscillante tra 6,7 e 7,2, mentre per i liquidi in esame i valori oscillavano, ben s'intende, entro limiti più ampi. Ho così fatto in circa 10 casi ed ho istituito allora delle prove duplici, una con ph corretto e l'altra no, ed ho costantemente osservato che in questi casi i risultati collimavano sempre con grande esattezza e mai era diverso il numero della provetta che indicava il limite della avvenuta reazione. Allora conclusi che, almeno quando il ph dei liquidi in esame non si spostava moltissimo dal valore indicato come optimum, la correzione stabilentesi con l'aggiunta, in quantità tanto prevalente, dei liquidi reagenti, mi doveva essere sufficiente per un buon andamento della reazione. Questo convincimento mi ha permesso di eseguire tutte le prove successive senza praticare la correzione del ph, almeno quando la reazione, saggiata con cartine al tornasole, non faceva presupporre una forte acidità o alcalinità dei liquidi nei quali cercavo di determinare la diastasi.

E non sono solo a ritenere che in queste condizioni si possa fare praticamente a meno della correzione del ph nel metodo di Wohlgemuth. Lo Skoog, ad es., afferma che non c'è differenza nei risultati se si adopera una soluzione di NaCl all'1 %, oppure un tampone di ph 7,0, e che la stabilizzazione del ph è praticamente inutile.

Infine i risultati da me generalmente ottenuti non fanno certamente pensare che vi sia stato un ostacolo o una interruzione nello svolgimento della reazione fermentativa.

All'importanza di trattare l'estratto fecale con etere, per liberare l'amilasi che sarebbe legata ai grassi, non tutti credono, ed allora ho preferito conservare anche per questo riguardo, immodificato il metodo.

TECNICA:

— Metodo di Wohlgemuth: (riferito da Carpi)
Feci.
Reagenti: Sol. acquosa di amido solubile 1‰
» » di Cloruro sodico 1 %
» » di iodo N/10

La soluzione di amido va preparata con acqua distillata tiepida o a bagno maria, facendo attenzione a non oltrepassare i 50°, e poi filtrata. Essa deve essere rinnovata ogni otto o dieci giorni.

Si stemperano 5 gr. di feci formate o poltacee, mai liquide, in un mortaio con 20 cc. della soluzione di Cloruro Sodico. Ottenuta una sospensione omogenea, si centrifugano

10 cc. di questa in una provetta graduata da centrifuga e per dieci minuti. Si legge e si tien conto della quantità di sedimento e di estratto acquoso in cui si è divisa la sospensione fecale.

In ogni provetta di una serie di 12 si versa 1 cc. della soluzione di cloruro sodico, eccezion fatta per la prima. Poi nella prima e nella seconda provetta si versa 1 cc. dell'estratto fecale ottenuto con la centrifugazione. Nella seconda provetta l'estratto fecale risulterà diluito al 50 % e di questo, dopo aver ben mescolato, si preleva 1 cc. e si versa nella terza provetta e da questa, a sua volta, si preleva 1 cc. e si versa nella quarta, così seguitando. L'ultimo centimetro cubo prelevato dall ultima provetta si caccia via. L'estratto fecale verrà a trovarsi distribuito nelle provette nelle seguenti proporzioni:

cc. 1 - 0,25 - 0,125 - 0,062 - 0,031 - 0.0155 - ecc. fino a 0,0006.

Ad ogni provetta si aggiungono 2 cc. di salda d'amido e si porta il tutto in termostato a 37-38° per mezz'ora, indi raffreddare rapidamente (mettere in ghiacciaia). Si aggiunge quindi, a raffreddamento avvenuto, una goccia della soluzione di iodio in ogni provetta e si procede alla immediata lettura della reazione.

A seconda del grado dell'avvenuta digestione dell'amido, compariranno, nelle singole provette, tinte che per successive sfumature andranno dalla colorazione bianco-gialliccio, al giallo-rosso, al rosso, al bluastro, al violetto pallido, all'azzurro intenso. La tinta bianco-gialliccia sta per una completa digestione dell'amido e cioè per presenza di maltosio e acrodestrina; la tinta rossastra per presenza di eritrodestrina ed amidodestrina; la tinta violetta corrisponderà alla nota reazione dell'amido.

Per il calcolo della concentrazione diastasica ci si dovrà riferire alla quantità di liquido contenuto nella provetta immediatamente precedente a quella che segna la reazione dell'amido e che indicherà il limite dell'avvenuta digestione, e bisognerà moltiplicare la concentrazione diastasica dell'estratto per il rapporto esistente fra estratto e residuo solido.

Es. Se il residuo solido dopo centrifugazione era di cc. 2,5 e l'estratto di cc. 7,5 e se il limite della digestione dell'amido si è trovato corrispondente alla 5ª provetta, cioè pari a cc. 0,062 di estratto, si avrà:

$$0,062 : 2 = 1 : x$$

$$x = \frac{2}{0,062} = 32,25$$

32,25 rappresentano le U. D. contenute in 1 cc. di estratto.

$$32 = \frac{7,5}{2,5} = 96$$

96 saranno le U. D. contenute nelle feci.

* * *

Io ho preso in esame le feci di 24 enteropazienti. Di essi soltanto 18 presentavano una storia di vera e propria lesione infiammatoria dell'intestino, per alcuni ancora in atto e per altri in via di remissione. E più precisamente si trattava di casi di coliti amebiche, coliti semplici e metadissenteriche, dissenteria bacillare. Per altri 6 casi, eccetto due di elmintiasi, si trattava di disturbi intestinali di vario grado o concomitanti ad altre affezioni o di natura nervosa (I caso).

Prima di passare a considerare i risultati ottenuti, credo utile esporre i valori normali dell'amilasi fecale. È generalmente ammesso che essi oscillano tra 100 e 500 U. D. La media, però, sarebbe spostata più verso i valori alti.

Ciò premesso, riassumerò i risultati da me ottenuti.

Delle feci dei diciotto ammalati di vera affezione infiammatoria dell'intestino, dieci hanno dato valori di amilasi superiori a 10.000 U. D. e più esattamente, varianti da 9.999 U. D. fino a 19.999 U. D.; una il valore U. D. 2 570; le altre sette, invece, hanno presentato dei valori bassissimi contenuti tra 13 e 125 U. D., ma quasi tutti al disotto dei valori normali. Per il rimanente, tranne un caso di elmintiasi (anchilostomiasi), che presentava 2.625 U. D., tutti hanno dato valori normali o quasi, due andando appena al disotto della norma.

Riferendoci al primo gruppo di ammalati, contrassegnati nella tabella con (*), noi constatiamo che mentre hanno dato valori alti quelli che accusavano dei disturbi non gravi, trovandosi la loro affezione in uno stadio di cronicità e di relativa quiete, i valori bassissimi sono di quelli che presentavano lesioni gravi o comunque una grave alterazione della funzione intestinale (violenti accessi di diarrea, forti dolori addominali ecc.). Particolarmente due casi, con sindrome dissenterica e crisi gastriche pseudo-tabetiche l'uno, con dissenteria bacillare e sindrome articolare l'altro. Certo è che a tutti apparteneva uno stato generale scadente. Un altro caso di dissenteria bacillare, che al momento dell'esame era entrato in convalescenza, ha dato 197 U. D. Soltanto un caso fa eccezione, (il N. 17 della ta-

bella), perchè pur appartenendo per il suo stato al gruppo di quelli che generalmente hanno dato valori altissimi, ha presentato soltanto 32 U. D.

Per tutti quei casi in cui il disturbo intestinale non riconosceva una vera affezione infiammatoria dell'intestino, si è già visto che i valori erano quasi generalmente normali. Dei due casi con valori sotto la norma, uno (il 9) presentava uno stato generale molto scadente. È da notare, infine, il valore alto di amilasi trovato nelle feci del portatore di anchilostoma duodenale. Che l'anchilostoma, per la sua sede duodenale, e cioè in quel tratto dell'intestino dove sboccano i dotti pancreatici, determini uno stimolo sul pancreas, che lo ecciti ad una maggiore produzione di secreto?

I risultati ottenuti non è facile spiegarli. Sembrerebbe che lo stato infiammatorio dell'intestino si accompagnerebbe ad un maggior contenuto in amilasi delle feci e questo potrebbe dipendere vuoi da una maggiore produzione del fermento da parte della parete intestinale infiammata (abbiamo visto che si ammette una produzione di amilasi anche da parte della mucosa intestinale), vuoi da una maggiore produzione pancreatica (il pancreas risentirebbe come uno stimolo l'infiammazione e l'alterazione intestinale), vuoi da una minore utilizzazione del fermento nei processi della digestione ostacolata. Tutto ciò quando non si accompagnerebbe uno stato generale molto grave o un'alterazione molto grave dell'intestino, chè allora l'organismo trovandosi in stato di adinamia generale, anche il fermento verrebbe prodotto in esigua quantità.

Conclusioni.

Scopo delle mie ricerche è stato quello di studiare il comportamento dell'amilasi fecale negli individui affetti dalle più svariate forme di lesioni intestinali.

Ho preso in esame 24 feci: di queste 18 appartenevano ad ammalati di vera affezione infiammatoria intestinale mentre le altre erano di individui che presentavano dei disturbi della funzione intestinale concomitanti a lesioni di altri organi ed apparati e che certamente predominavano nel determinismo della sindrome morbosa da essi presentata.

I risultati del dosaggio dell'amilasi in queste feci hanno dato valori compresi entro limiti ampissimi; tuttavia è possibile riconoscere un comportamento simile e quasi costante a seconda dei vari gruppi in cui potevano essere suddivisi i pazienti stessi, sia per la natura del processo morboso, sia, e più ancora, per le condizioni più o meno gravi in cui i pazienti stessi si trovavano a causa della malattia stessa.

Come è stato dettagliatamente detto ed esposto precedentemente, si può concludere che i valori di amilasi si trovano entro i limiti pressochè normali in tutte quelle feci provenienti da individui, i quali, pur presentando disturbi a carico della funzione intestinale, non sono affetti da un processo infiammatorio del tubo digerente. Gli spostamenti dalla norma, specialmente se notevoli, sarebbero tutti in relazione ad uno stato flogistico della mucosa intestinale, Anche qui, però, è possibile fare una distinzione, poichè mentre i valori di amilasi sono altissimi in tutti quei casi in cui è in corso un processo infiammatorio cronico, quasi attenuato e che si accompagna ad una sintomatologia generale non grave e clamorosa, l'amilasi si presenta ridottissima e scarsissima in quelle feci di individui in cui l'affezione infiammatoria intestinale è grave, acuta e accompagnata da una fenomenologia imponente e impressionante.

Tale, almeno, è stato l'andamento dei valori di amilasi nelle feci da me studiate e, se si eccettua soltanto qualche caso, si può dire che tale comportamento è stato costante. Infine l'amilasi si troverebbe sempre molto ridotta in tutti i casi di defedamento grave dell'organismo in genere.

A spiegare questo comportamento dell'amilasi io credo che si possa dire che l'aumento riscontrabile nelle infiammazioni lievi e croniche dipende o da una maggiore produzione del fermento da parte della parete intestinale infiammata (si ammette una produzione di amilasi anche dalla parete intestinale), o da una maggiore produzione pancreatica determinata dallo stimolo infiammazione, o da una minore utilizzazione del fermento nei processi di digestione, ovvero da tutte queste cause insieme.

La diminuzione legata ai casi gravi di lesione intestinale, dipenderebbe invece da una minore produzione del fermento da parte di un organismo adinamico, anergico ed ipofunzionante. Sarebbe, quindi, espressione di malattia grave.

Il metodo da me adottato per questo studio sull'amilasi è stato il metodo di Wohlgemuth. Da quello che ho detto nel corso dell'esposizione si rileva come io non credo necessario, nella pratica corrente, portare modificazioni al metodo, anche per quel che riguarda le correzioni del ph. Questo risulterebbe già corretto dall'aggiunta delle soluzioni reagenti e che, come ho costatato, presentano un ph. molto vicino all'*optimum* per la reazione.

N.	Nome	Diagnosi	Condizioni generali	U. D.
1	(*) B. M.	Colite metadissenterica	Buone	125
2	(*) A. M.	Colite cronica	Buone	11.320
3	G. L.	Stomaco a cascata, colite?	Buone	78
4	(*) S. E.	Colite cronica	Buone	13.332
5	(*) B. W.	Colite cronica	Buone	9.999
6	(*) M. E.	Dissenteria bacillare con porpora ed artrite	Scadenti	197,5
7	(*) V. F.	Amebiasi cronica con colecistite calcolosa	Discrete	2.570
8	L. R.	Anchilostomiasi	Buone	2.625
9	G. M.	Teniasi, appendicite cronica e apicite specifica	Scadenti	54,83
10	(*) dC. C.	Amebiasi e dermatite	Scadenti	16
11	(*) dG. F.	Colite cronica e bronchite cronica	Buone	19.999
12	(*) L. L.	Amebiasi cronica	Buone	14.666,52
13	(*) K. E.	Amebiasi cronica	Buone	11.799,88
14	(*) pI. dC.	Amebiasi cronica e malaria	Scadenti	13,69
15	(*) C. A.	Colite metadissenterica	Discrete	11.799
16	(*) G. F.	Colite cronica	Buone	15.699,84
17	(*) C. G.	Amebiasi cronica	Buone	32,25
18	(*) A. D.	Sindrome dissenterica, diabete e crisi gastriche pseudotabetiche	Cattive	15,52
19	(*) P. P.	Dissenteria bacillare con sindrome articolare	Cattive	21
20	(*) F. P.	Colite, artrite e nefrosi	Discrete	11.199
21	T. V.	Nevrosi intestinale	Discrete	231,25
22	T. M.	Malaria e nefrite, diarrea	Discrete	750
23	R. A.	Annessite e sindrome aderenziale, disturbi intestinali	Discrete	135,45
24	(*) F. P.	Colite ed artrite	Discrete	15.699,84

RIASSUNTO.

Si studia il comportamento dell'amilasi fecale con particolare riguardo ai casi di affezioni intestinali.

I risultati deporrebbero per nessuna variazione dalla norma nei casi di disturbi funzionali dell'intestino; per un notevole aumento dell'amilasi nei casi di lesione flogistica lieve senza cointeressamento dello stato generale; per una diminuzione notevole in tutti i casi di lesioni gravi o che si accompagnano con uno stato generale compromesso.

BIBLIOGRAFIA.

Barber. Journal Amer. Medical Association, 13 novembre 1920.

Baumann. *Zur Methodik der Bestimmung der Pankreasdiastasen im Urin.* Klinische Wochenschr., 1929, vol. 1, pag. 982.

Bettoni. L'Ospedale Maggiore, anno XIII, n. 8, 31 agosto 1925.

Cohn. Archiv f. Verdauungs-Krankheiten, volume XXXIX, nov. 1926, fasc. 3-4.

Eiselsberg. Wiener Klin. Woch., 1926, n. 25-26.

Ferrara. *Ricerca del potere diastatico delle urine per la esplorazione funzionale del rene.* Morgagni, pt. 1, Archivio 65, n. 6, pag. 185, 1923.

Frank. *Ueber die Diastasebestimmung im Stuhl.* Biochem. Zeitschrift, vol. 155, H. 1-2, pag. 125, 1925.

Germer. *Ricerche sulla presenza della diastasi nel sangue e nelle urine nelle malattie infettive acute.* Bibl. Laeg., 123, pag. 405, 1931.

Gershon, Garry. *Die diagnostiche und therapeutische Bedeutung der Diastasenwerte.* Archiv f. Klinische Chirurgie, vol. 174, pag. 378, 1933.

Henning, Norbert. *Untersuchungen ueber die Resorption diastatischer Fermente im menschlichen Darm.* Dtsch. Arch. f. klin. Med., vol. 168, pag. 347, 1930.

Katsch. Klin. Woch., n. 12, febbr. 1925.

Polacco. *La ricerca quantitativa della diastasi nel sangue e nell'urina per esaminare la funzionalità pancreatica.* Minerva Medica, n. 23, 20 agosto 1927.

Rondoni. *Elementi di Biochimica.* Torino, Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1928.

Skoog. *Diastaseuntersuchungen im Harn bei akuten Erkrankungen der Bauchhöhle.* Univers. Lund Chirurg., vol. 1, pag. 305, 1929.

Tomioka. *Ferment action and ion concentration. The activation of amylase by clorine ions.* Jap. J. Gastroenterol., vol. 1, pag. 208, 1929.

Pubblicazione interessante:

Dott. ENRICO TRENTI

L. Docente di Patologia Medica nella R. Univ. di Roma

Il Granuloma Maligno

(Morbo di Hodgkin)

Prefazione del Prof. V. ASCOLI

INDICE-SOMMARIO. — Prefazione-Introduzione, pag. 3 a 6. — PARTE I: Cenno storico. I risultati dell'osservazione clinica, pag. 7 a 30. — Il reperto anatomo-patologico e le ricerche istologiche, pag. 31 a 41. — Eziologia, pag. 42 a 54. — PARTE II: Studio clinico, pag. 55 a 75. — Ricerche istologiche. Biopsie, pag. 76 a 80. — Ricerche eziologiche, pag. 81 a 86. — Diagnosi, pag. 87 a 98. — Prognosi, pag. 99-100. — Terapia, pag. 101 a 108. — Appendice: Casi clinici, pag. 109 a 139. — Bibliografia, pag. 140 a 174.

Volume di 176 pagine, con 18 figure e 9 tabelle termometriche in tavole fuori testo. Prezzo L. **18**, più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati, sole L. **15** in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
OSPEDALE DEL LITTORIO - PADIGLIONE LANCISI.
Primario: prof. G. MATRONOLA.

Atrofia di un testicolo consecutiva a torsione del funicolo. Torsione del funicolo dell'altro lato.

Dott. ARMENIO CASINI, assistente.

Nonostante che i casi di torsione del funicolo riferiti nella letteratura medica siano già numerosi, l'argomento continua a tener desta l'attenzione degli studiosi come lo dimostrano i contributi che ad esso vengono da varie parti recati. Coletti nel 1932 riuniva 120 casi di torsione del funicolo. Questa cifra è peraltro suscettibile di aumento se noi vi aggiungiamo (come giustamente osserva il Cantelmo) alcuni casi non pubblicati, i casi di torsione con detorsione spontanea, ed i casi di atrofia testicolare da torsione transitoria con detorsione incompleta.

Come si vede quindi non si tratta di un'affezione molto rara. Possiamo anche aggiungere che la trattazione esauriente che, negli ultimi anni questo accidente ha trovato nei testi di patologia, ha abituato le menti a sospettarlo e, non di rado, a riconoscerlo nei casi che occorrono nella pratica corrente.

La torsione del funicolo può essere intravaginale ed extravaginale. La torsione extravaginale (detta anche bistournage) consiste in una torsione in massa del testicolo e dei suoi involucri fibrosierosi; è una rotazione di tutto l'apparato funicoloscrotale al di fuori della vaginale, nello strato cellulare dello spazio scrotale. Il « bistournage » costituisce un accidente raro e, di regola, si verifica nei testicoli ectopici.

La torsione intravaginale o volvolo consiste in una torsione del testicolo sul suo penducolo, nell'interno della vaginale. Si può arrivare sino a due giri di torsione nel « bistournage » (Odasso) ed a quattro giri nel volvolo. Questa torsione (secondo Lauenstein ed altri) si svolgerebbe (come per i tumori ovarici) con una spirale verso destra per i casi del lato sinistro, e viceversa per i casi del lato destro.

In seguito alla torsione le vene si appiattiscono mentre il sangue continua ad affluire dalle arterie dimodochè in definitiva si determina un infarto emorragico del testicolo. Testicolo ed epididimo aumentano pertanto di volume per la stasi circolatoria, mentre nello stesso tempo compare un modico versamento sieroemorragico nella vaginale. Come conseguenza della torsione si verifica anche un accorciamento per cui (come hanno messo in evidenza Brunzel, Uffreduzzi ed altri) il testicolo si innalza.

La ghiandola spermatica è molto sensibile a questi disturbi di circolo, ed ove la detorsione non avviene a tempo, si svolge un lento processo di atrofia con aumento notevole del connettivo. Quando poi sopravvengono dei germi il testicolo cade in gangrena e si elimina.

Dalla torsione sul funicolo vanno distinti i rarissimi casi di torsione del testicolo in ritenzione addominale, per la diversa sintomatologia (tale accidente si verifica di solito a destra e mentisce una sindrome appendicolare) e perchè in essi la torsione avviene con una rotazione sulla plica peritoneale primitiva.

La torsione del funicolo è di solito unilaterale; rari sono i casi di torsione verificatisi successivamente nei due lati. Fra questi ricordiamo quelli di Carraro, Matronola, ecc.

Quantà importanza assumono questi casi possiamo solo giudicare pensando che ci troviamo di fronte al problema della conservazione della funzione genesica del paziente. Una esitazione di poche ore potrebbe essere molto pericolosa per una funzione di così capitale importanza.

Mi sembra pertanto opportuno descrivere un caso di questo genere che ho avuto occasione di studiare durante il servizio di assistente all'ospedale del Littorio.

Ser. Andrea, di anni 26, celibe, verniciatore, da Roma. Anamnesi famigliare e personale remota negativa. Tre anni fa, nel sonno, venne colpito all'emiscroto destro da un dolore atroce con irradiazione verso la regione iliaca corrispondente. L'emiscroto subì un modico aumento di volume e i dolori persistettero per 6-7 ore, nonostante la continua applicazione di borsa di ghiaccio consigliata da un sanitario. Durante la crisi il p. non accusò nè febbre nè vomito, nè alcun disturbo della minzione e dell'alvo. Tali crisi dolorose si sono poi ripetute spesso (quasi ogni mese); duravano in media 4-5 ore e cessavano lentamente. In un'ultima crisi si fece ricoverare in ospedale ove venne sottoposto ad intervento operativo. Fu trovato un testicolo piccolo, privo di legamento scrotale e torto sul suo penduncolo. Praticata la fissazione del testicolo, il p. in seguito non ebbe più ad accusare alcun disturbo dal lato destro. Da un anno circa queste crisi sono comparse dal lato sinistro presentando gli stessi caratteri di durata, di comparsa e di cessazione.

L'8 aprile verso la mezzanotte ha di nuovo accusato un violento dolore all'emiscroto sinistro con irradiazione alla regione iliaca e conati di vomito.

Impressionato dal ripetersi di questi attacchi chiede ricovero d'urgenza.

Il p. riferisce di essere stato sempre modico be

vitore e fumatore e nega lues ed altre malattie veneree. Alvo e minzione sempre regolari.

E. O. Condizioni generali non molto buone. Sensorio integro. Il p. è agitato e si torce sul letto in preda ai dolori più vivi.

Stato di nutrizione e sanguificazione buono. Colorito roseo della cute e delle mucose visibili. Pannicolo adiposo discretamente sviluppato.

App. ghiandolare: si palpano piccole ghiandole alle regioni latero-cervicali, ascellari ed inguino-femorali. Muscolatura ben sviluppata, tonica e trofica. Sistema scheletrico ben conformato.

Polso 106 ritmico valido, respiro 24 dispnoico a tipo toracico. Temper. 36°,8.

Capo: pupille eguali e reagenti alla luce ed all'accomodazione; lingua detersa umida; nulla alle fauci e faringe.

Torace: ben conformato regolare e simmetrico. Apici e basi polmonari a normale altezza ben espandibili. Murmure fisiologico nei due campi polmonari.

Cuore: aia cardiaca nei limiti, azione cardiaca concitata con toni netti.

Addome: di forma e volume normale, mobile con gli atti del respiro, trattabile, indolente nei quadranti di destra e nel quadrante superiore sinistro. Nella regione iliaca di sinistra si apprezza una discreta difesa muscolare e premendo verso l'anello inguinale esterno si provoca dolore. Fegato e milza nei limiti.

Es. dello scroto. L'emiscroto destro appare più piccolo del sinistro e con la palpazione non si riconosce la presenza del testicolo e dell'epididimo; si apprezzano due piccoli nodi di consistenza fibrosa, grandi come un cece e senza alcuna sensibilità specifica. Sul tratto di cute inguino-funicolare si nota una breve cicatrice lineare.

L'emiscroto di sinistra è un po' rigonfio e la cute, scorrevole, è iperemica e lucida. La palpazione mette in evidenza un modico versamento della vaginale, e fa riconoscere un testicolo dolente, sormontato da un epididimo ingrossato, specialmente nella testa e dolentissimo. Il funicolo è pure duro e dolente.

L'esame rettale è completamente negativo.

Sistema nervoso: sensibilità, motilità e riflessi in ordine.

La puntura esplorativa all'emiscroto sinistro dà esito a poche gocce di liquido siero-emorragico.

Dopo due ore dall'ingresso nel reparto i dolori accusati dal paziente si attenuano.

Sulla base della storia clinica, del reperto obbiettivo e della puntura esplorativa si fa diagnosi di torsione del funicolo sinistro. E pertanto si decide l'intervento.

Operazione: prof. Matronola.

Anestesia locale novocainica. Incisione lineare sull'emiscroto sinistro. Aperta la vaginale propria si trova un testicolo con qualche punto emorragico sull'albuginea. Scarsa quantità di liquido siero-emorragico nella vaginale. Si nota la mancanza del legamento scrotale. Testicolo ed epididimo presentano un mezzo giro di torsione sul peduncolo nella porzione intravaginale di esso. Si pratica la detorsione e si fissa il testicolo alla vaginale propria con tre punti di catgut, attraverso l'albuginea e la vaginale propria ai tessuti sovrastanti. Cute in seta.

Il decorso postoperatorio è stato regolare ed il p. viene dimesso il 24 aprile 1934.

Rivisto dopo cinque mesi assicura di sentirsi bene e di non avere più accusato alcun dolore allo scroto.

La storia del p. si può riassumere in questi termini:

a) ripetute torsioni del funicolo di destra con conseguente atrofia del testicolo;

b) successiva comparsa di torsioni nel funicolo di sinistra con detorsione spontanea;

c) reperto di testicoli completamente discesi, ma privi di legamento scrotale, all'atto operativo.

Questo caso pertanto ci permette di fare alcune considerazioni specialmente per quanto riguarda le cause predisponenti e determinanti della torsione e sulla tempestività dell'intervento chirurgico.

Come cause predisponenti della torsione sono descritti (Matronola):

1) l'età (di solito dai 13 ai 26);

2) l'ectopia inguinofunicolare del testicolo (nel 50 % dei casi);

3) abnorme conformazione del testicolo (testicolo piatto, discoide ecc.);

4) assenza del legamento scrotale od eccessiva lunghezza di esso;

5) eccessiva lunghezza od eccessiva ristrettezza della plica peritoneale (mesorchium) per cui il testicolo viene a pendere nella vaginale come un frutto al suo picciolo;

6) anomalie della sierosa (la quale può risalire più in alto od è più ampia del normale per la presenza di un versamento.

7) lunghezza eccessiva del mesoepididimo in modo che questo viene separato dal testicolo; la torsione del testicolo può così avvenire senza che l'epididimo vi sia compreso;

8) anomalie a carico del cordone (eccessiva brevità, sparpagliamento degli elementi, divisione in due fasci di cui uno si inserisce verso l'ilo e l'altro al polo inferiore (*inversio testis horizontalis*), ed inserzione anomale del funicolo al polo inferiore.

A queste bisogna aggiungere l'assenza di fissazione fra sacca dartoidale e cremasterica (pei casi di bistournage) e l'ectopia *en retour*, spinta improvvisa del testicolo verso l'anello inguinale per brusca contrazione del cremastere, presso il quale può per qualche tempo essere trattenuto.

Basandoci sul caso che abbiamo descritto e su molti casi riferiti negli ultimi anni, due fatti importanti si possono mettere in evidenza:

1) il verificarsi della torsione nei testicoli discesi; in una percentuale maggiore del 50 % come le ultime statistiche avevano stabi-

lito. Recentemente anche Strominghér ha insistito su questa evenienza;

2) la frequentissima assenza, in questi casi, del legamento scrotale.

Quest'ultimo reperto (sul quale hanno già richiamato l'attenzione altri autori), a parer mio, ha una grande importanza. Il legamento scrotale o meso vaginoparietale è una lamina metà fibrosa, metà muscolare che ha appunto l'ufficio di fissare l'estremità posteroinferiore del testicolo allo scroto. Costituisce il residuo di quel *gubernaculum testis* che esteso dall'anello inguinale interno al limite inferiore del *processus vaginalis* si raccorcia gradatamente negli ultimi mesi della vita fetale sino a ridursi ad un corto legamento.... Con la mancanza del legamento scrotale il testicolo gode di una ampia libertà nella vaginale ed è così facilmente disposto a risentire di tutti i minimi sforzi che tendono a spostarlo dalla sua posizione.

Dopo aver riferito sulle cause predisponenti della torsione trattiamo brevemente delle cause determinanti. Fra queste ricordiamo l'aumento improvviso della pressione addominale (tosse, sternuto, defecazione, minzione, vomito, corsa, coito) la discesa improvvisa del testicolo (nei testicoli ectopici), un trauma locale, la masturbazione e l'improvvisa contrazione del cremastere. Ci sono però dei casi (come quello che abbiamo descritto) nei quali l'accidente si è verificato nel sonno. Quale è il meccanismo di torsione da invocare in tali casi?

Si può pensare che durante un sogno voluttuoso si provochi una contrazione improvvisa del cremastere o l'ectopia *en retour* che agevola per conto suo la torsione. Come pure si può imputare un semplice cambiamento di posizione, od un brusco movimento nel sonno.

Circa il trattamento curativo il caso riferito ci ammonisce ad essere solleciti per l'intervento chirurgico. Non bisogna mai confidare in una detorsione spontanea. La detorsione, anche quando si verifica, può essere incompleta. E noi sappiamo che basta questo fatto a determinare una lenta atrofia del testicolo.

Le esperienze di Chauveau, Vanverts e Putzu hanno stabilito un limite di 72 ore per la vitalità dell'organo, nella torsione semplice un limite di 30 ore nella torsione doppia, ed un limite sempre più ridotto per le torsioni di grado maggiore.

Purtroppo la diagnosi dell'accidente è spesso difficile ed incerta. Eliminato il sospetto di un'orchite nei casi con testicoli discesi, si ricorra alla puntura esplorativa, che fatta con le debite cautele è completamente innocua.

Comunque nell'incertezza si tenga presente che un'incisione esplorativa, mentre non reca danno al paziente, può in molti casi salvare l'integrità di un organo così importante e, qualche volta, la funzione genesica del paziente.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di torsione del funicolo di sinistra in un paziente in cui si era già verificata atrofia del testicolo di destra in seguito a torsione del funicolo dello stesso lato. Mette in evidenza l'importanza dell'assenza del legamento scrotale fra le cause predisponenti e di un trattamento chirurgico sollecito se si vuole salvare la funzione genesica del paziente.

BIBLIOGRAFIA.

Begoin ecc. *Patologia chirurgica*, vol. III. Ed Vallardi.

Cantelmo. *Torsione del funicolo spermatico.* Annali Ital. Chir., 1928.

Coletti. *Un caso di torsione del funicolo.* Arch. Ital. Chir., 1932.

Matronola. *Lesioni traumatiche del testicolo*, 1924.

Id. *Tre casi di torsione del funicolo spermatico.* Atti R. Acc. Med. di Roma, 1933.

Id. *Su di un caso di torsione del testicolo.* Atti Accad. Lancisiana, 1928.

Odasso. *Contributo clinico alla torsione del testicolo.* Policl., Sez. Pratica, 1925.

Strominghér. Journal d'Urol., 1933.

Testut. *Anatomia Umana.* Ed. UTET.

☛ ***Ricordiamo l'interessante Monografia:***

Prof. DARIO MAESTRINI e Dott. MARIO MUZII

Direttore e Medico Primario — Specialista radiologo

nell'Ospedale Civile di Teramo

LE DOLICOCOLIE

Studio Clinico e Radiologico.

Con 58 figure intercalate nel testo.

Prefazione con lettera del Prof. Sen. **C. B. Queirolo.**

Riportiamo l'Indice dei soli capitoli: Prefazione. — Cap. I. Brevi considerazioni sui fattori della stitichezza abituale. — Cap. II. Stato attuale delle nostre conoscenze sulle dolicocolie. — Cap. III. Osservazioni personali sulle dolicocolie. — Cap. IV. Segni clinici delle dolicocolie osservate. — Cap. V. Reperti radiologici delle dolicocolie osservate. — Cap. VI. Le dolicocolie pure, considerate come fattore di stitichezza abituale. — Cap. VII. Terapia delle dolicocolie. — Cap. VIII. Conclusione. — Cap. IX. Bibliografie.

Volume di pagg. VIII-120, nitidamente stampato in carta americana. — Prezzo L. **20**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **18** in porto franco. Il volume pesa grammi 350.

Inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14, Roma.

NOTE DI PRATICA QUOTIDIANA

La febbre tifoide. Vecchie e nuove questioni.

La febbre tifoide è un argomento che interessa sempre il medico e l'igienista. Il primo si trova spesso di fronte a questa proteiforme malattia, che gli impone la massima sorveglianza del malato e la più oculata sagacia diagnostica e terapeutica. L'igienista, a sua volta, tenta con tutti gli sforzi di reprimerne la diffusione e si inorgoglisce dei risultati ottenuti quando, tutto ad un tratto dove meno se l'aspettava, improvvise epidemie pongono gravi e nuovi problemi etiologici e profilattici. Alcuni di tali episodi sono impressionanti per il numero, come quello di Pforzheim (5710 casi su 74.000 ab.) di Lione ecc.

Studî, ricerche ed osservazioni si sono venute facendo, per cui le nostre idee sulla febbre tifoide, pure rimanendo immutate nelle loro linee generali, hanno subìto qualche mutamento, sicchè non è male riguardare il cammino percorso, anche per vedere le incertezze che ancora rimangono ed i nuovi problemi che sorgono.

* * *

Epidemiologia. L'andamento della morbosità e mortalità per F. T. è caratterizzato, negli Stati d'Europa in genere, da una forte e progressiva diminuzione fino al 1914, un rialzo durante la guerra ed una nuova tendenza alla diminuzione con qualche sbalzo. Comunque, per l'Italia una differenza fortissima si è prodotta, da 939 morti per milione nel 1887, a 150 nel 1932, a 112 nel 1933. La diminuzione è più evidente nei centri urbani che per le campagne; ma, anche nei primi, non mancano talvolta singole esplosioni epidemiche di una certa importanza.

La diminuzione si è verificata parallelamente a miglioramenti igienici e si è spesso messa in rapporto con i risanamenti idrici. Questi, però, non hanno quel gran peso che loro si attribuisce, come ha dimostrato anche V. Puntoni (*Ann. di Igiene*, 1920, n. 11 e 12) il quale, in base a rigorosi studî statistici, ha trovato che i risanamenti idrici contribuiscono soltanto per 1/8 alla diminuzione della F. T.

Nell'epidemiologia della F. T., dominano ancora molti preconcetti basati sulla concezione eccessivamente batteriologica, che la critica moderna ha incominciato a smantellare. Opera tutt'altro che agevole perchè negli abituali concetti la pigrizia mentale si adagia e chi è preposto ai servizî igienici vi trova regole precise di condotta, che concordano con la pubblica opinione; opera difficile, anche perchè non si intravede ancora che cosa vi si possa sostituire. Ma è certo che si scorgono, oggi, delle incongruenze e delle lacune là dove il nostro orgoglio riteneva di poggiare solidamente le basi. Troppi ancora si ostinano a pensare all'acqua dove, per esempio, è evidente per ragioni epidemiologiche la trasmissione per contatto. La stessa teoria dei portatori ha un punto molto debole nel fatto che sulla fine dell'epidemia il numero dei portatori è, logicamente, aumentato di molto, eppure l'epidemia si estingue. Così pure, lo « scoppio epidemico » ritenuto caratteristico delle epidemie da acqua e da latte è spesse volte fittizio e dovuto all'accumularsi delle denunzie, mentre scompare ricercando il reale inizio dei casi. Di questa corrente d'idee si è fatto paladino Friedberger e rimando ai suoi lavori (Cfr. *Ann. di Igiene*, 1928, n. 12) chi volesse assumere più ampie notizie in argomento.

Comunque, è un fatto che, nella generale diminuzione della F. T. si osservano, come si è detto, talvolta degli episodî epidemici di una certa entità e proprio in centri urbani dove migliori sono le condizioni igieniche, più accurata la sorveglianza, e le ricerche più minuziose approdano a poco od hanno una base debole. Nel leggere i resoconti, non si sfugge talora alla impressione che si tratti più di presunzione che di vera dimostrazione.

Frequente è oggi l'incolparne i gelati; mosche, molluschi, verdure crude rappresentano altri importanti fattori della F. T.

Senza distruggere, per ora, i concetti divenuti classici della epidemiologia, è necessario assumere un'attitudine di severa e serena critica dei fatti, prima di stabilire delle relazioni fra causa ed effetto ed adagiarsi nelle ipotesi più comode ed appariscenti. Grande importanza si darà sempre, specialmente nelle piccole epidemie, alla diffusione per contatto, che si può stabilire studiando la filiazione dei casi.

Duplice deve essere l'atteggiamento di chi ha la responsabilità della profilassi e dell'igiene pubblica. Da un lato, agire secondo i canoni fondamentali sanciti dalle leggi e dalle consuetudini, anche nell'intima convinzione che essi siano oltrepassati e non più esattamente rispondenti alle condizioni odierne. Le leggi e la pubblica opinione sono quasi sempre in arretrato in confronto delle vedute scientifiche; ma è necessario seguirle nei provvedimenti che impongono.

D'altro lato, però, è proprio chi ha la tutela dell'igiene pubblica che ha occasione di studiare più da vicino questi argomenti e deve farlo non cedendo alle prime impressioni, ma esercitando opera di critica; potrà in tal modo portare un valido contributo e dare le basi per instaurare la futura profilassi.

Anche sull'*agente eziologico*, le nostre idee si sono venute modificando dall'epoca della sua scoperta (1880) ad oggi. Ricordiamo lo smembramento dei paratifi, la dissociazione nei due tipi di colonie, R (ruvida) ed S (liscia), che

avrebbero varia virulenza e sensibilità di fronte alle azioni antibatteriche di varî agenti e soprattutto l'esistenza della fase filtrabile, che può sconvolgere molte delle nostre idee sull'epidemiologia e sul significato delle ricerche di laboratorio. Senza contare poi l'idea seducente emessa dal Sanarelli tanto tempo fa e che risorge spesso, del germe ospite frequente ed innocuo del nostro intestino e che, per cause che ci sfuggono, si virulenta ed assume definite proprietà patogene ed epidemigene.

Nuove idee si sono introdotte anche nella *sierodiagnosi*, in base a nuove osservazioni. Anzitutto il ritardo con cui spesso compare, al 18° giorno ed anche più tardi, ritardo che deve essere tenuto presente nei casi in cui la diagnosi clinica è dubbia; ritardo che infirma il valore di tale ricerca di laboratorio, dal punto di vista del medico pratico che, anche in tal caso, deve contare soltanto su sè stesso per la diagnosi. Viceversa, l'*emocultura* che si riteneva un tempo dovesse rimanere positiva soltanto nella prima settimana, si riscontra positiva, oggi, anche oltre il 20° giorno, il che dimostra il prolungarsi dello stato setticemico.

Nell'*agglutinazione*, si è venuta differenziando la macro A. (a grossi fiocchi, in cui dopo la permanenza in termostato ed a temperatura ambiente il liquido soprastante appare limpido) dalla micro A. (con piccoli fiocchi o grumi che non si depositano, sicchè il liquido rimane torbido). La diversità sarebbe da riferirsi a due tipi di agglutinine, rispettivamente designate come H ed O; le prime, flagellari, specifiche, le seconde somatiche, esprimenti fenomeni di coagglutinazione, attive anche per altri germi dello stesso gruppo. Si è voluto attribuire alla presenza delle une o delle altre un significato prognostico, che però non è concordemente confermato. Per la diagnosi, ha grande valore l'agglutinazione a grossi fiocchi; nei casi dubbî, si potrebbe ricorrere alla saturazione delle agglutinine.

* * *

Dal punto di vista della *sintomatologia*, non ci si deve attendere di trovare sempre il quadro clinico, ritenuto un tempo classico, a cominciare dallo stato tifoso, che non è costante e tende a presentarsi in singole epidemie, secondo il « genio epidemico ». Anche nei comodi schemi di Wunderlich per la temperatura, raramente si può inquadrare il singolo caso. Frequentissime le atipie febbrili: talvolta all'inizio, bruscamente alte temperature, a tipo setticemico, con periodo di stato irregolare, a forti oscillazioni, qualche volta a tipo intermittente; durata più lunga, improvvisi ed inesplicati rialzi nel periodo di defervescenza; temperature subfebbrili prolungate nel III° stadio, per cui la febbre può continuare per 3 mesi ed oltre.

Frequente l'assenza di sintomi intestinali iniziali, della cefalea, dell'epistassi. Inizio talora tumultuoso, che mentisce altre malattie (appendicite, colecistite, meningite, poliartrite) o si complica con forme pneumoniche o nefritiche (specialmente emorragiche).

Naturalmente, in questi brevi cenni, non è certo il caso di diffondersi od anche semplicemente accennare alle più svariate complicazioni che possono presentarsi.

Nonostante la varietà del quadro clinico, nel caso singolo, il complesso sintomatico è tale che il medico pratico intuisce ben presto la diagnosi. Clinicamente, la roseola e l'ingrossamento della milza hanno importanza notevole. Quando è possibile, si ricorra all'emocultura ed alla sierodiagnosi, con le limitazioni più sopra accennate.

Importanti, come ricerche di laboratorio, sono anche le modificazioni della serie bianca del sangue (leucocitosi con polinucleosi neutrofila in primo tempo; successivamente leucopenia con linfocitosi relativa ed aneosinofilia) e dell'urina. In questa è molto frequente la diazoreazione, alla quale è stato attribuito anche un significato prognostico (Lucangeli), nel senso che quanto più ritarda la comparsa (oltre il 4°-5° giorno), tanto più grave è la forma. La diazoreazione può mancare se l'urina ha peso specifico molto basso. Le urine si presentano limpide (non torbide per urati come nella polmonite e nelle febbri reumatiche) e quasi sempre con emazie (V. Ronchetti).

* * *

Di grande importanza è l'*assistenza profilattica del malato*, allo scopo di evitare filiazioni di casi per contatto. Occorre soprattutto tener presente che i germi vengono eliminati per le feci e le urine e che, quindi, tutto quanto può essere contaminato con queste — a cominciare dalle stesse mani del malato — va considerato infettante. Il malato deve stare in un letto a sè e, se non è possibile isolarlo in una stanza, almeno separato ad una certa distanza da altri letti. Chi assiste il malato deve portare un camice, da togliersi ogni qual volta lascia l'assistenza e tenere a portata di mano un catino con sublimato all'1/1000, per disinfettarsi bene le mani dopo aver toccato il malato e quando lascia l'assistenza. Nel vaso da notte e nella « padella », mettere del cresolo saponato od un disinfettante analogo oppure della calce o del cloruro di calce (mai sublimato!), con cui si lasciano in contatto per un certo tempo le deiezioni prima di versarle nella latrina. Tenere in vicinanza del letto un mastello con una soluzione di cresolo saponato al 2-3 %, in cui si immergono le biancherie appena tolte dal letto del malato, lasciandovele per qualche ora. In un altro recipiente (che può essere anche una pentola) si tiene una soluzione di soda al 2 %, in cui si mettono stoviglie, posate e bicchieri, che si fanno poi

bollire per mezz'ora. Grande pulizia del malato, specialmente delle mani, della bocca, della regione anale.

La *profilassi vaccinica* è obbligatoria per certe categorie (personale di assistenza ospedaliera, addetti agli impianti idrici, alle disinfezioni, ecc.) e può essere applicata, in certe condizioni, alle collettività.

Le statistiche militari registrano notevoli successi con l'uso del vaccino introdotto per via sottocutanea, col quale però si deve andar cauti in caso di individui anziani, tarati, per le forti reazioni che può dare. C. Hegler (*Praktikum der wichtigsten Infektionskrankheiten*, G. Thieme, Leipzig, 1934) cita, a proposito dell'efficacia del vaccino, l'esperienza personale di essersi ammalato di una tifoide di media gravezza, 3 mesi dopo l'iniezione di vaccino ripetuta 4 volte.

Di efficacia indubbiamente minore è il vaccino per via orale, con cui però Tron ottenne buoni risultati; H. Ruge (*C. Blatt f. Bakt.*, luglio 1934) asserisce che le agglutinine raggiungono rapidamente un titolo abbastanza elevato, che dopo 10 mesi è ancora di 1/460; altri però sono assai scettici al riguardo. Utilizzate sono anche le vie percutanea ed endonasale, che determinano un rapido assorbimento.

* * *

Nella *terapia*, è definitivamente tramontato l'uso del calomelano a forte dose iniziale dato con l'intento di « troncare » l'infezione ed i così detti disinfettanti intestinali (salol, benzonaftol e simili) che, se pure non hanno l'effetto che loro si attribuisce di favorire le emorragie, sono per lo meno inutili. Attualmente la moda è per l'urotropina o l'elmitolo, altrettanto inutili e capaci di determinare ematurie. L'urotropina per iniezioni endovenose è consigliabile nella complicazione di colecistite.

Grandi speranze si sono rivolte alla *terapia specifica*, ma i risultati ottenuti sono ben lungi dall'essere univoci e, come dice G. Pellegrini (XL Congresso di Medicina interna, L. Pozzi ed., Roma, 1934), la grande quantità di casi con risultati negativi dimostra la grande complessità del meccanismo di azione e la necessità dell'intervento di particolari condizioni fisiopatologiche. I vari tipi di vaccini non mostrano differenze sensibili di azione. Nel caso che si vogliano applicare, sarà bene di usarli all'inizio, andando molto cauti per la via endovenosa ed evitandoli quando esistano lesioni di organi importanti.

Tuttora controversa è la proteinoterapia aspecifica: iniezioni di latte, di nucleine, di germi diversi, come colera, piocianeo, stomosine, ecc.), che ad ogni modo può essere tentata.

Sono state attuate altre terapie generali:

1) il neosalvarsan a dosi successive di 0,15; 0,15; 0,30; 0,45; 0,60, a 2-3 giorni d'intervallo. Nei casi favorevoli, dopo la dose di 0,45, la temperatura scende bruscamente a 37°,8 e non risale; migliorano contemporaneamente i sintomi;

2) il salicilato di sodio a dosi di g. 1-1,2, 5 volte al giorno;

3) l'insulina: 3 unità, 3 volte al giorno, aumentando fino a 10 unità, somministrando contemporaneamente succhi di frutta, latte, eventualmente introdotti con la sonda; ritorna rapidamente l'appetito ed il sensorio si fa migliore.

In complesso, la terapia deve badare soprattutto all'assistenza del malato, alla idroterapia ed alla nutrizione. Sempre largamente usato è il bagno, sia quello progressivamente raffreddato da 35° a 25°, sia direttamente a 20°-24°. Nell'impossibilità di farlo, gli impacchi freddi col lenzuolo bagnato sono assai utili. La vescica di ghiaccio mantenuta sulla testa e sull'addome contribuirà ad abbassare la temperatura. Gli antitermici chimici, tanto in voga un tempo, sono definitivamente tramontati.

Un cambiamento notevole nelle direttive ha subìto da vari anni *la dieta del tifoso*, che un tempo era assoluta e limitata all'ingestione di sola acqua o tutt'al più di un po' di latte. Murri e la sua scuola, però, hanno combattuto sempre il feticismo per il latte e conceduto sempre ai tifosi una dieta abbastanza ricca. Questa, dopo che gli americani (S.U.A.) hanno dimostrato l'utilità di un apporto notevole di calorie, è venuta in onore anche da noi. Non più soltanto un po' di latte, ma panna, uova, burro, riso, patate, spinaci ed altre verdure passate, pappe di avena, succhi di frutta, di carne, gelatina, non escludendo qualche biscotto se il malato lo desidera. Naturalmente anche questa dieta deve essere concessa secondo i casi, non insistendovi molto col malato in stato tossiemico, nauseoso o con deficienti funzioni digestive; molto utili sono, in quest'ultimo caso, le farine maltate quali si usano nell'alimentazione infantile; l'uso dell'insulina può risvegliare il desiderio di prendere qualche po' di cibo. Nella dieta è bene evitare la monotonia (secondando quindi più che è possibile i gusti del malato) e la carenza in vitamine.

Fra i disturbi e le complicazioni più frequenti, accenno:

1) al *meteorismo*, in cui si sospenderà il latte e si applicherà la vescica di ghiaccio od i fomenti di trementina all'addome;

2) al *collasso*: oltre agli eccitanti generali (etere, caffeina, olio canforato, adrenalina), le iniezioni endovenose di siero salato (500 cmc.) e la strofantina (preferibilmente per via endovenosa a dosi di ½ mg.) che da qualcuno è usata sistematicamente per impedire la comparsa del collasso;

3) all'*emorragia intestinale*, in cui si useranno: vescica di ghiaccio sull'addome, riposo

assoluto, sospensione dell'alimentazione, lattato di calcio (60 cg. 3 volte al giorno), iniezione di siero, trasfusione di sangue.

La sorveglianza del malato, sagace, oculata e continua, permetterà di ovviare ad ogni inconveniente fin dall'inizio e di arrivare così in buone condizioni allo stadio in cui le difese naturali dell'organismo prenderanno il sopravvento ed inizieranno il processo di guarigione.

AZEGLIO FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI ENDOCRINI.

Disordini ipofisari nell'infanzia.

(H. GARDNIER-HILL. *The Practitioner*, aprile 1935).

I disordini del funzionamento ipofisario nell'infanzia si ripercuotono sullo sviluppo somatico, su quello sessuale e sul metabolismo. Ancora, purtroppo, non abbiamo trovato una rispondenza sicura tra modificazioni istologiche e modificazioni biochimiche.

Sembra quasi certo soltanto che l'ormone dell'accrescimento sia prodotto dalle cellule eosinofile del lobo anteriore; pochissimo si sa della sede di produzione del resto. Si sospetta che le cellule basofile producano l'ormone gonadotropo, che ha la funzione di sviluppare gli organi genitali. Sembra probabile che le funzioni del lobo anteriore non siano limitate al sesso e all'accrescimento e che esso abbia ormoni lisotropi e adenotropi ed abbia influenza diabetogena.

Nell'infanzia sono stati descritti stati di ipo e di iperpituitarismo. Gli stati ipopituitarici sono più noti.

Il fatto più caratteristico dell'ipopituitarismo preadolescente è il difetto di crescita; c'è anche infantilismo sessuale, ma esso è difficilmente evidente data l'età, e si riconosce per lo più soltanto più tardi per la mancata pubertà.

È meno noto l'iperpituitarismo preadolescente, che è dato da crescita eccessiva con obesità.

Ci sono due forme di ipopituitarismo: la malattia di Simmonds, in cui c'è distruzione del lobo anteriore dell'ipofisi da necrosi ischemica e la malattia di Fröhlich, dovuta a compressione della ghiandola da tumore paraipofisario. In tutt'e due si ha infantilismo, mentre diverso è il disturbo del metabolismo avendosi obesità nel Fröhlich e cachessia del Simmonds. Però è bene ricordare che anche in casi di tumori paraipofisari si può avere cachessia.

Le deficienze di sviluppo sono presenti in tutte le forme di ipopituitarismo e possono andare dal ritardo fino all'arresto dello sviluppo. Inoltre nello sviluppo scheletrico si ha ritardo nell'ossificazione dei centri di ossificazione.

I sintomi di vicinanza sono la cefalea, l'edema papillare, i disturbi della vista, e a volte anche i disturbi piramidali per compressione dei peduncoli cerebrali.

In tutti i tipi di ipopituitarismo le facoltà mentali sono normali (e questo è un elemento di distinzione coll'ipotiroidismo).

Per quanto riguarda le modificazioni scheletriche, bisogna distinguerle da quelle del rachitismo.

Importante a conoscersi è anche la basofilia ipofisaria che Cushing attribuisce ad un adenoma delle cellule basofile del lobo anteriore e che è una sindrome poliglandolare. Sono stati descritti casi di adenoma surrenale colla stessa sintomatologia, e sono stati pure descritti casi di m. di Cushing con alterazioni surrenali (iperplasia corticale) oltre alla basofilia ipofisaria.

Nella basofilia ipofisaria si ha sviluppo precoce dei caratteri sessuali secondari dei bambini, mentre negli adulti si ha atrofia dei testicoli o delle ovaie. Inoltre si ha obesità limitata alla faccia, al collo e al tronco, ipertricosi del tronco, della faccia e degli arti, secchezza della pelle, glicosuria e iperglicemia, senza disturbi sellari.

R. LUSENA.

Ipertensione arteriosa permanente e glandule endocrine.

(P. HALBON e H. P. KLOTZ. *Presse Médicale*, 8 giugno 1935).

L'ipertensione arteriosa permanente da qualcuno è stata attribuita a disordini endocrini ben determinati, anzi è stato affermato che essa è sempre provocata da una disfunzione delle glandole a secrezione interna. Al riguardo bisogna fare delle precisazioni.

La teoria surrenale è sorta dalle esperienze di Josué il quale iniettando nelle vene di un coniglio l'adrenalina a parecchie riprese, constatò la comparsa di un ateroma arterioso generalizzato. Successivamente Vaquez, Aubertin e Ambard, Ménétrier e Bloch ritennero di darne la prova clinica con casi d'ipertensione accompagnati da iperplasia surrenale. Altri esperimenti furono fatti ancora, altri casi clinici furono pubblicati per confermare l'origine surrenale dell'ipertensione. Ma, a parte l'eccezionalità di tali fatti, è da rilevare che il decorso clinico dell'ipertensione comune non sempre è analogo a quello legato ai surrenalomi.

L'ipertensione degli ipertiroidei consiste quasi sempre in un'elevazione della massima, mentre nell'ipertensione essenziale il fatto più costante e caratteristico è l'aumento della minima.

Durante la menopausa sono molto frequen-

ti le ipertensioni apparentemente dovute alla scomparsa della funzione dell'ovaio e dell'ipofisi. La circostanza che a seguito dell'ovariectomia suole comparire l'ipertensione analoga a quella della menopausa, darebbe ragione all'origine endocrina della condizione. Ma conviene comunque tener presente che l'età del climaterio è proprio quella nella quale suole verificarsi l'ipertensione.

Cushing ed Eskil Kylin hanno sostenuto la teoria ipofisaria dell'ipertensione in base ai seguenti fatti: elevazione della pressione negli adenomi basofili preipofisarî; influenza ipertensiva degli estratti d'ipofisi; ipotensione arteriosa con sindrome umorale contraria a quella degli ipertesi (ipoglicemia, ipouricemia, riduzione del metabolismo basale) nei casi di distruzione dell'ipofisi.

Le discordanze su i dati finora rilevati in merito all'origine endocrina dell'ipertensione hanno indotto gli AA. a studiare nuovamente il problema con la minuta osservazione di 19 casi d'ipertensione.

Dal punto di vista clinico gli ipertesi esaminati si dividono in due gruppi: 1° Alcuni sembrano esenti da qualsiasi disordine endocrino. Su 19 malati 5 erano di questo tipo. Si trattava di due morbi di Hodgson, un'aortite sifilitica, due insufficienze ventricolari sinistre; 2° Gli ipertesi presentavano netti disturbi endocrini.

Gli ipertesi con disturbi delle glandule interne si dividono a loro volta in due gruppi.

In alcuni l'ipertensione sembra indiscutibilmente legata ad uno stato glandulare deficitario. Sui 19 ipertesi si trovavano tre malati di questo tipo. Nel primo si trattava di una giovane donna con disturbi della funzione tiroidea, ovarica ed ipofisaria (edemi menstruali, acrocianosi, geloni flittenulari); un trattamento pluriglandolare fece scomparire l'ipertensione. Nel secondo caso si trattava di un giovane di 20 anni con insufficienza genitale, tendente all'obesità. Un trattamento orchito-timico produsse un netto miglioramento. Nel terzo caso si trattava di una donna di 40 anni, che in seguito ad un'isterectomia subìta all'età di 32 anni ebbe tendenza all'obesità con tendenza all'edema ed all'ipertrofia delle mani e dei piedi; la radiografia della sella turcica, l'esame oculare, l'interferometria sembrano affermare l'esistenza di un iperfunzionamento dell'ipofisi: il trattamento radioterapico di questa glandula associato ad iniezioni pluriglandulari provocò un sensibile abbassamento della pressione.

In altri tre malati l'influenza determinante della disfunzione endocrina era verisimile ma non chiara. Nel primo caso si trattava di una donna che all'epoca della menopausa soffriva ipertensione arteriosa a tipo parossistico; l'esame radiologico dimostra un leggero scavamento della fossa turcica e l'esame interferometrico una lieve deficienza ipofisaria: ma la radioterapia e l'opoterapia non dettero risultati convincenti. La seconda donna ebbe anche essa alla menopausa grave ipertensione parossistica con insufficienza del ventricolo sinistro; la surrenalectomia non produsse alcun miglioramento; all'autopsia si rilevarono segni istologici indiscutibili di iperattività ipofisaria. Nel terzo caso si trattava di una donna di 42 anni che in seguito alla radioterapia di un fibroma ebbe una ipertensione parossistica con sintomi di ipertiroidismo.

Negli altri 8 casi quantunque fossero clinicamente dimostrabili disturbi endocrini complessi non si possono trarre deduzioni sicure trattandosi d'individui presso che cinquantenni, di età nella quale l'ipertensione è abituale. Vien fatto quindi di domandarsi se tra lo stato endocrino e l'ipertensione c'è solo una coincidenza fra i due fenomeni che possono essere sotto la dipendenza di una sola causa fisiologica.

In conclusione dal punto di vista clinico l'ipertensione s'incontra frequentemente nei disendocrini, sopra tutto nella donna. Raramente l'ipertensione è indiscutibilmente sotto la dipendenza dello stato glandulare (3 casi). Talora questo rapporto è soltanto verisimile (3 casi). Per lo più l'ipertensione sopravviene in tali malati a l'età nella quale l'ipertensione è abituale, il che rende l'interpretazione dell'interdipendenza fra i due fatti molto difficile.

L'esame interferometrico non ha dimostrato in nessuno degli ipertesi un equilibrio endocrino perfetto, anzi in tutti rivelò la disfunzione di una o parecchie glandule, sopra tutto della surrenale e dell'ipofisi. Ma questi dati se danno qualche apporto alle concezioni teoriche sulla funzione ipertensiva di queste glandole, non sono per altro conclusivi.

Allo stato dei fatti solo la prova del trattamento può dare qualche elemento probativo sulla natura endocrina d'una ipertensione arteriosa. Ma anche al riguardo bisogna fare qualche riserva, perchè il miglioramento terapeutico può essere la risultante di parecchi fattori e non soltanto l'effetto diretto del medicamento adoperato. DR.

Sulla terapia con ormoni genitali femminili.

(C. KAUFMANN. *Deutsche Mediz. Woch.*, 31 maggio 1935).

L'A. crede opportuno, prima di parlare dell'uso terapeutico, di fare una breve sintesi delle funzioni fisiologiche dei due ormoni sessuali femminili e cioè dell'ormone follicolare e dell'ormone del corpo luteo. Questi due ormoni sono in sostanza gli unici necessari alla ricostituzione della mucosa uterina ed alla sua trasformazione. L'ormone follicolare agisce

sullo sviluppo dei genitali e sul loro turgore, specialmente, per quanto riguarda l'endometrio. L'ormone del corpo luteo invece è devoluto alle trasformazioni della mucosa uterina e quindi alla preparazione ed al mantenimento della gravidanza.

Le alterazioni della normale produzione di ormoni sessuali possono manifestarsi sui genitali in due particolari forme: nella deficienza dell'ormone follicolare con un difettoso sviluppo dei genitali, difettoso turgore e mancanza di sviluppo della mucosa, da cui amenorrea: nei casi invece di insufficiente produzione di ormoni del corpo luteo e di una persistente produzione di ormone follicolare, iperproliferazione della mucosa e quindi emorragie genitali irregolari. Le alterazioni della produzione degli ormoni follicolari si manifestano anche contemporaneamente in varia maniera sullo organismo tutto, con segni che saranno in seguito descritti.

Due altri fatti sono da considerare come importanti dal punto di vista terapeutico: 1) che l'ormone follicolare e l'ormone del corpo luteo perchè raggiungano un effetto debbono essere somministrati in dosi per così dire, fisiologiche; 2) che queste dosi sono molto più alte di quello che comunemente si pensa.

I quadri morbosi che sono curabili con gli ormoni ovarici sono così suddivisili: 1) amenorrea: *a*) primaria; *b*) secondaria; 2) fenomeni generali di deficienza ovarica; 3) emorragie di origine ormonica.

Amenorrea primaria. Si tratta qui di donne nelle quali, in seguito ad una deficienza totale degli ormoni follicolari, non si è mai avuto una mestruazione. In tali casi si trova, come segni concomitanti della insufficienza ormonica una ipoplasia genitale di vario grado. In tali casi una terapia anche prolungata ed intensa con ormoni ovarici solo raramente porta a risultati evidenti e cioè al ristabilirsi delle mestruazioni: si tratta infatti di casi nei quali la deficienza del sistema endocrino è congenita e che quindi sono difficilmente modificabili con la terapia sostitutiva.

Amenorrea secondaria. Si tratta per lo più di donne in piena età sessuale, nelle quali l'amenorrea è intervenuta dopo un periodo più o meno lungo, in cui si sono avute mestruazioni in maniera irregolare, per esempio con pause di tre o più mesi, oppure anche dopo un primo periodo di mestruazioni del tutto regolari. Molto spesso tali insufficienze ovariche sono espressione della malattia di un qualche organo, malattia che bisogna accuratamente ricercare prima di attuare la terapia ovarica, la quale risponde solo nei casi nei quali l'esame obiettivo generale è stato completamente negativo. Da ricercare specialmente sono le lesioni apicali polmonari e l'infezione luetica. Certo, negli stati amenorroici datanti da lungo tempo è difficile ottenere una completa guarigione con il ripristino normale del ciclo mestruale. La cura deve essere in questi casi praticata intensamente e cioè per alcune settimane 50.000 M. E. di follicolina bisettimanali, intervallate da 10 giorni di riposo.

Fenomeni di insufficienza ovarica. Si presentano con una certa gravità nelle donne castrate ed in quelle che hanno raggiunto il climaterio, ma si possono manifestare anche nelle donne più giovani, con ipo od oligomenorrea. Esistono in commercio una quantità di prodotti destinati a combattere tali disturbi, ma in molti casi essi sono inefficaci. L'A. ha potuto notare la scomparsa di tali disturbi in tutti i casi curati solo con sufficienti dosi di ormone follicolare. L'effetto di tale cura su questi disturbi si può dire che abbia qualche cosa di specifico. Il dosaggio in tali casi è individuale: mentre in alcune donne sono necessarie dosi alte a lungo somministrate, in altre sono sufficienti le piccole dosi. Importante è la lenta diminuzione delle dosi alla fine della cura, in maniera che l'organismo si abitui alla mancanza dell'ormone artificialmente somministrato. È interessante notare che l'a. considera come manifestazione della insufficienza degli ormoni ovarici, almeno in alcuni casi, le ulcerazioni e le irritazioni, le escrescenze papillomatose talvolta ulcerate della vulva, il *fluör* vaginale. Egli avrebbe ottenuto la completa guarigione di tali disturbi appunto con la terapia ormonica follicolare.

Emorragie ormoniche. Come substrato anatomico si trova nella maggioranza dei casi di pura emorragia ormonica, il quadro della iperplasia cistico-ghiandolare dello endometrio. Tale alterazione della mucosa uterina riconosce la sua origine in una esagerata produzione di ormone follicolare, tanto che può essere ottenuta sperimentalmente mediante l'iperdosaggio di ormone follicolare nella donna castrata. È appunto tale iperplasia cistico-ghiandolare dell'endometrio il substrato anatomico delle cosidette emorragie giovanili, così come delle emorragie ormonali preclimateriche. È da pensare che, per l'esagerata produzione di ormone ovarico venga ad aversi una insufficienza dell'ormone del corpo luteo. L'azione dell'ormone del corpo luteo dovrebbe esplicarsi sull'endometrio proliferato o iperproliferato, trasformandolo nella fase di secrezione, in modo da provocare il ristabilirsi di una vera e propria mestruazione. L'A. è riuscito, mediante una intensa cura con ormone luteo ad arrestare le più persistenti emorragie.

Concludendo l'A. cerca di spiegare le ragioni per cui in questi ultimi anni la terapia con ormoni ovarici ha subito un certo discredito. Ciò è dovuto al fatto, sempre secondo l'A., che tale terapia è stata finora applicata senza criterio, ed è risultata bene spesso

più dannosa che utile. Conoscendo meglio i limiti e le indicazioni di essa anche il medico pratico potrà ottenere successi terapeutici veramente brillanti. G. LA CAVA.

MISCELLANEA.

Fattori etiologici ed anatomo-patologici nella policitemia vera.

(P. REZNIKOFF, N. CHANDLERFOOT e J. U. BETLEN. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, giugno 1935).

Il problema patogenetico della policitemia vera è ancora in discussione. Il fatto che nella Clinica ematologica dell'ospedale di New York la maggior parte dei malati di policitemia vera è rappresentata da ebrei fa pensare ad un rapporto fra policitemia e tromboangioite obliterante, tanto più che parecchi malati presentavano le due alterazioni contemporaneamente. Gli AA. studiarono da questo punto di vista i casi di policitemia vera osservati in sei ospedali di New York.

Su 134 casi di policitemia vera il 48 % era rappresentato da ebrei dell'Europa orientale. Un'inchiesta fatta nell'Europa orientale ha dato indicazioni probative solo per la Lituania: su 4 casi di policitemia 2 erano in ebrei.

Gli AA. studiarono il midollo osseo di 5 casi di policitemia vera, di 2 di policitemia secondaria e numerosi altri malati (di agranulocitosi, malattie cardiache, nefrite, senilità, malaria, polmonite, leucosi). In tutti i casi di policitemia vera c'era aumento di spessore delle pareti capillari e in alcuni c'era fibrosi marcata subintimale ed avventiziale dei capillari subarteriolari, delle arteriole e delle arterie. Queste alterazioni fanno pensare che la policitemia possa essere un fenomeno compensatorio a volte anche eccessivo all'anossiemia del midollo osseo. R. LUSENA.

Miastenia grave: effetti del trattamento con estratto pituitario anteriore.

(H. E. SIMON. *The Journal of Am. Med. Ass.*, 8 giugno 1935).

La miastenia grave è una rara malattia caratterizzata da eccessiva stancabilità dei muscoli, specialmente accentuata in alcuni gruppi muscolari caratteristici. I muscoli oculari sono in genere quelli in primo luogo coinvolti e vi è ptosi uni- o bilaterale delle palpebre, diplopia, talvolta strabismo e talvolta ancora fissità del globo oculare, il che rende spesso necessario per il paziente volgere il corpo invece che gli occhi soltanto nella visione degli oggetti laterali. I muscoli della masticazione e della deglutizione sono spesso coinvolti precocemente. La voce si indebolisce rapidamente, i tratti mimici si fanno stirati e ne risulta una maschera caratteristica. Nei casi più gravi vi sono attacchi di respiro frequente, specialmente quando sono presi i muscoli respiratori accessori o il diaframma. Il coinvolgimento nel processo morboso dei muscoli del tronco e degli arti superiori ed inferiori può condurre a tale debolezza, che il malato non può nemmeno rivoltarsi nel letto.

L'insorgere della miastenia grave è di solito graduale ed il decorso progressivo per un periodo da pochi a venti e più anni. Le remissioni sono così frequenti che sono considerate come una parte della malattia, specialmente nei casi più lievi e più prolungati. Più raramente l'inizio può essere acuto ed il decorso rapido, con esito in morte nel corso di poche settimane. Nei casi non trattati la prognosi è grave e la morte sopravviene per soffocazione, inanizione o complicazioni secondarie.

Alterazioni anatomo-patologiche costanti o significative non sono mai state riscontrate all'autopsia. Fino al 1930 nessun trattamento di reale valore era stato tentato; si era riconosciuta la importanza del riposo e la necessità di mantenere con ogni mezzo la nutrizione. Arsenico, estratto tiroideo, stricnina, calcio, torio, paratiroidi e roentgenterapia, tutto era stato tentato con risultati indifferenti.

Negli ultimi quattro anni due importanti scoperte furono fatte nel campo della terapia della *myastenia gravis*.

Nel 1930 Harriet Edgeworth riportò gli effetti benefici di larghe dosi di efedrina nel suo caso personale di *miasthenia gravis*: con tale cura si ha spesso un pronto alleviamento dei sintomi, ma tale risultato non è costante, e dosi eccessive della sostanza possono anche aggravare la debolezza e produrre intensa nervosità.

Nel 1932 Remen in Germania e Boothby in America riportarono i benefici effetti ottenuti nella cura di tale malattia, dalla somministrazione di acido aminoacetico (glicina o glicocolla) che è il più semplice della serie degli aminoacidi ed è presente nella gelatina. Questo tentativo terapeutico era giustificato dal lavoro di Milhorat (e collaboratori), il quale per primo aveva notato che nella distrofia muscolare progressiva il metabolismo della creatina era disturbato, e dall'osservazione che di tutti gli aminoacidi, l'acido aminoacetico produce il più grande aumento della escrezione di creatina nelle urine. I risultati della terapia con acido aminoacetico sono stati veramente incoraggianti, pur non essendo, in alcuni casi, completamente soddisfacenti.

Appunto per ricercare una terapia più efficace e più rispondente anche nei casi gravi, l'A. ha tentato l'iniezione sottocutanea di estratto pituitario anteriore in due casi di miastenia grave, e dice di averne avuto risultati veramente eccellenti.

Il numero di casi studiati è troppo piccolo ed il periodo di tempo durante il quale essi

sono stati osservati è troppo breve per permettere delle conclusioni generali, ma ciò non ostante questi due primi risultati possono dirsi veramente incoraggianti.

In ambedue i casi, che si erano dimostrati resistenti ai sopracennati metodi di cura, si praticò giornalmente una iniezione sottocutanea di 1 cc. di estratto pituitario anteriore: il miglioramento si potè notare sin dai primi giorni ed in pochi giorni si notò completa scomparsa dei sintomi: interrotta la cura si ebbe ricaduta e quindi di nuovo miglioramento e scomparsa della sintomatologia dopo ripresa la cura.

Siccome nessun altro trattamento fu usato, sembra giustificato l'ammettere che tale metodo di cura ha avuto un marcato effetto benefico su tutte le manifestazioni cliniche della miastenia grave almeno in questi due casi. Nel primo caso anzi fu possibile interrompere la cura dopo quattro mesi e mezzo senza che i sintomi della malattia si ripresentassero.

È impossibile stabilire se ciò fosse dovuto alla fortuita coincidenza di un periodo di remissione oppure se la remissione era stata indotta dal trattamento. Nel secondo caso è stato necessario continuare la cura e durante i mesi freddi aumentare la frequenza delle iniezioni in modo da ottenere che il paziente stesse clinicamente bene. In nessuno dei due casi si sono potuti osservare effetti dannosi, nè locali nè generali, in seguito alla cura praticata.

La somministrazione orale dell'estratto sarebbe forse preferibile al suo uso ipodermico, se fosse provato che essa è per tale via ugualmente efficace. È ciò che l'A. studierà nei casi che si presenteranno ulteriormente alla sua osservazione.

G. LA CAVA.

La vaccinoterapia per via endovenosa delle brucellosi.

(F. VANNUCCI. *Giorn. di Clin. Med.*, 10 giugno 1935).

L'A. ha trattato otto casi di brucellosi con vaccino per via endovenosa ottenendo in tutti una guarigione rapida e definitiva.

Per quanto riguarda il dosaggio del vaccino si è attenuto allo schema indicato dagli altri AA. e in ispecial modo a quello indicato da De Guglielmo: iniezione iniziale di piccole quantità di germi per saggiare la tolleranza del paziente; iniezioni successive, intervallate di 4-6 giorni, a dosi crescenti per ottenere quella reazione generale e termica così strettamente legata ai risultati della cura; proseguimento della cura anche dopo la caduta della febbre, per assicurare la guarigione e impedire le recidive. Ha usato poi a preferenza il vaccino preparato con germi isolati dal paziente avendo avuto fin dalle prime osservazioni l'impressione che le reazioni termiche cosidette efficaci fossero raggiunte con dosi minori di autovaccini, rispetto ai vaccini del commercio.

In alcuni casi l'A. ha osservato un fenomeno notato per primo da Bianchi, e cioè che la curva termica già in fase di discesa, subisce un nuovo innalzamento che in alcuni casi può raggiungere l'acme precedente; secondo le osservazioni di Sorge questo comportamento corrisponderebbe ai casi più tenaci, cosa che l'A. non ha potuto confermare.

La guarigione, ottenuta in tutti i casi, è stata controllata per parecchi mesi successivi al trattamento. In genere lo sfebbramento e la repressione degli altri sintomi, si è verificata dopo la seconda o la terza iniezione, pur essendo stato proseguito il trattamento a scopo precauzionale.

L'efficacia della vaccinoterapia endovenosa è stata nei casi dell'A. costante, senza limitazioni nè per il momento dell'applicazione, essendo stati trattati tanto casi iniziali che a lungo decorso, nè per la gravità della infezione nè infine per le condizioni più o meno debilitate degli infermi.

C. TOSCANO.

La terapia cacodilica ad alte dosi nella malaria acuta e cronica.

(L. PINELLI. *Rivista di Malariologia*, 1935, fasc. II).

L'arsenico è stato usato da molto tempo nella cura della malaria, unito o intercalato col chinino, e da alcuni fu anche considerato come rimedio specifico di detta malattia.

Ricerche più accurate dimostrarono che contro la malaria non hanno efficacia alcuni preparati arsenicali (arsenal, metarsile, atoxil), mentre lo stovarsolo agisce contro il plasmodio della benigna, ma non contro quello della quartana e della maligna nè per la prevenzione delle recidive. Gli arsenobenzoli distruggono gli schizonti, ma non i gametociti e sono utili nelle forme croniche più che nelle acute.

L'uso del cacodilato di sodio ad alte dosi nella cura della malaria si deve al Ravaut che l'adoperò nel 1917 ed ha trovato dei sostenitori in Marechal, Ulmann-Aposlolon e G. Apostolon. Il cacodilato ad alte dosi è, secondo questi AA., utile specialmente contro la splenomegalia malarica.

Il Pinelli ha sperimentato il cacodilato di sodio in una cinquantina di malarici. Nella malaria acuta questa sostanza non ha dimostrato azione antiparassitaria e gli attacchi febbrili si sono ripetuti regolarmente per una quindicina di giorni e, allora, furono troncati col chinino. In questi malati però, che continuavano a prendere cacodilato, si è avuto un più rapido miglioramento dello stato generale e un rapido accrescimento del peso, inoltre aumento dei globuli rossi e dei bianchi e rapida scomparsa della splenomegalia.

Quindi nelle forme acute il solo trattamento cacodilico è insufficiente.

Nei malarici cronici si ebbe un rapido miglioramento dello stato generale e della crasi sanguigna, mentre non si ebbero risultati brillanti nei riguardi della splenomegalia, contro la quale è efficace solo se essa è di data recente.

R. LUSENA.

Contributo allo studio ematologico del solfocarbonismo professionale.

(G. CAPITOLO. *Rassegna di Medicina applicata al lavoro industriale*, aprile 1935).

Scarse e talora discordi sono ancora le osservazioni ematologiche sul solfocarbonismo industriale. In considerazione di ciò e dato lo sviluppo sempre crescente delle industrie che usano il $C S_2$ e l'importanza che ha preso la intossicazione professionale solfocarbonica dopo la nuova legge sulle malattie professionali, l'A. ha seguito clinicamente venti lavoratori di fabbriche di seta artificiale intossicati da $C S_2$ ricoverati presso la R. Clinica delle Malattie professionali di Torino eseguendo su di essi le seguenti ricerche nel sangue: emometria, conteggio globuli rossi e valore globulare; formula leucocitaria; conteggio globuli bianchi; formula di Arneth; conteggio piastrine; velocità di sedimentazione, tempo di coagulazione; esame della retrattilità del coagulo; tempo di stillicidio; prova del laccio.

Il solfuro di carbonio oltre che sul sistema nervoso e sull'apparato digerente agisce, ma più tardivamente, anche sul sangue ed infatti il R. decreto 13 maggio 1929 sulle Assicurazioni contro le malattie professionali, elenca fra le manifestazioni indennizzabili dell'intossicazione da $C S_2$ anche una anemia da solfocarbonismo.

L'A. a traverso le sue ricerche ematologiche è giunto ad interessanti conclusioni. Per quello che riguarda gli esami morfologici, per la serie rossa non ha trovato segni di vera anemia, per la serie bianca invece lievi ma costanti alterazioni consistenti in neutropenia con monocitosi e linfocitosi, eosinofilia e formula di Arneth deviata a sinistra. La velocità di sedimentazione degli eritrociti è risultata normale e solo in qualche caso lievemente diminuita.

Normali risultarono tutte le prove per la ricerca della diatesi emorragica.

Emerge dai risultati delle ricerche dell'A. che nel solfocarbonismo professionale le alterazioni ematologiche, se data la loro costanza possono avere una buona importanza diagnostica, non possono costituire di per sè una vera entità morbosa di lesione cioè debilizzante e indennizzabile e passano in seconda linea di fronte alle altre lesioni da $C S_2$, specialmente quelle del sistema nervoso.

VICENTINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

E. FROLA. *Il puntato epatico nella diagnosi delle malattie del fegato*, con prefazione del prof. A. PEPERE. Vol. di pagg. VIII-214. Editore L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 35.

Riportiamo la significativa Prefazione scritta dall'Illustre prof. Pepere per questo volume:

« Varî motivi dovevano farmi accogliere con compiacimento l'invito del Collega ed amico Prof. Sen. Pende di presentare questo libro del dott. Frola al pubblico medico. Era logico, anzitutto, che in un anatomo-patologo trovasse favore il riconoscimento della utilità per la clinica di fare ancora diretto appello all'elemento morfopatologico. D'altra parte veniva qui indicata la cresciuta importanza e la maggiore estensione dell'indagine istologica nel vivente, vincendo a mano a mano i pregiudizi e le riserve opposti ancora da molti medici alla pratica bioptica per presunti pericoli che potrebbero derivarne, ed elevandola e valorizzandola quale mezzo diagnostico di prima linea in svariate condizioni morbose: basterebbe pertanto il cenno che fa il dott. Frola della non rara evenienza di riconoscimenti di lesioni viscerali ancora in silenzio clinico — e che posso confermare su l'esperienza personale di confronti fra prodotti bioptici di visceri interni e materiale cadaverico — per dare valore a questa pratica come mezzo di diagnosi precoce anche in malattie interne.

« L'A. non ha inteso di dare, nelle pagine che seguono, soltanto una nota di tecnica sul puntato epatico: in Clinica è sempre più sentita la necessità di un'esatta valutazione delle condizioni anatomo-funzionali del fegato in ognuna di quelle sindromi morbose in cui si sospetta che esso si trovi direttamente o in modo indiretto impegnato; e la considerazione della insufficienza talora apparsa delle più comuni prove d'indagini (semeiologiche, funzionali, radiologiche, ecc.) che si seguono nello studio clinico di quest'organo, doveva spingere verso metodi di osservazione e di accertamento diretti e immediati, per apprezzamenti che tornassero più utili e sicuri ai fini diagnostici. Il dott. Frola facendo larga esperienza del metodo in una grande Clinica, appassionandosi, per i risultati che ne derivavano, a questo genere di ricerca, estendendola sistematicamente e raffinandola nei dettagli dell'osservazione, ha poi voluto esporre in forma organica il buon frutto del suo lungo studio nelle più diverse contingenze della patologia epatica, facendo opportunamente precedere gli atteggiamenti cellulari normali dell'organo in confronto con quelli patologici.

« Ne è derivato così un piccolo trattato di citologia normale e patologica del fegato, con

stretto riferimento all'ammalato e che attraverso le varie modificazioni e alterazioni cellulari cerca di guidare con utili insegnamenti, sul dato citomorfologico nello studio e nella diagnosi delle varie sindromi epatiche primitive e secondarie. Sono passati in rassegna vari reperti citologici ricavati dalla puntura del fegato nelle diverse affezioni dell'organo (epatosi, epatiti di varia natura, acute e croniche, cirrosi, forme granulomatose, stati itterici, processi neoplastici, ecc.) con numerosa casistica e vasto pregevole contributo personale. L'originale raffronto eseguito in più casi fra il reperto citomorfopatologico ottenuto col puntato e il dato biochimico della funzionalità epatica, indagato nello stesso infermo con la prova del Bufano della amminoacidemia provocata, porta il metodo ancora più aderente alla Clinica.

« Una ricca e chiara documentazione iconografica — che sarebbe stata certamente di maggiore e più immediata utilità, per confronti, se riportata in colori piuttosto che in microfotografie: ma sono intuitivi i motivi che l'hanno esclusa — dà al lettore un buon quadro delle delicate immagini citologiche, normali e patologiche, e un sufficiente orientamento per la comprensione delle fini questioni di diagnostica citologica che l'A. passa in rassegna.

« Una considerazione generica non può essere qui taciuta: se la pratica del puntato epatico, così come l'A. la espone, quando si osservino elementari note di tecnica, è di facile attuazione e senza alcun pericolo per il soggetto indagato, non è allo stesso modo agevole per tutti risalire dall'osservazione del prodotto ricavato dal puntato fino alla diagnosi di natura della lesione viscerale e pertanto della malattia epatica. Il metodo allestisce per lo studio istopatologico gli elementi cellulari per buona parte isolati e distaccati dai rapporti reciproci e da quelli col tessuto di sostegno, coi vasi sanguigni, canali biliari, ecc.: e se esso — astraendo da tutte quelle modalità tecniche che attraverso la fissazione, l'indurimento, l'inclusione ecc. (che nelle indagini istopatologiche moderne vanno eliminandosi) modificano profondamente lo stato del delicato complesso cellulare — provvede lo studio di un materiale cellulare assai prossimo o identico a quello naturale, è ben difficile, in molti casi, dare un giudizio preciso della natura della malattia epatica su cellule isolate e avulse dal loro complesso ambiente organico: alcune diagnosi istopatologiche restano controverse anche all'osservazione di larghe preparazioni istologiche comuni che conservano i naturali rapporti di tutti i costituenti in tessuto epatico ammalato. Ma va riconosciuto che l'esperienza, come se l'è fatta il dott. Frola, in questo genere di ricerca, potrà dare anche in altre mani gli stessi buoni risultati per un orientamento spesso necessario fra le difficoltà di una diagnosi clinica, costituendo un richiamo per i giovani alle questioni di morfologia patologica, talora dimenticate o ignorate: e qualora il metodo, come merita, uscendo dall'ambiente strettamente scientifico, penetri con larga applicazione nella medicina pratica, un nuovo elemento verrà a cementare quella auspicata collaborazione anatomo-clinica, che ha segnato in passato le più grandi conquiste della Clinica, e che ha ancora molti compiti in comune da assolvere ».

Milano, Giugno 1935-XIII.

Alberto Pepere.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Wissenschaftliche Woche zu Frankfurt. Erbbiologie. Un vol. in-8° di 176 pag., con 75 fig. G. Thieme, Leipzig, 1935. Prezzo RM. 10.

I problemi dell'ereditarietà sono oggi di grande importanza e di interesse nazionale per i tedeschi, che tendono al concetto teoretico della « razza pura ». Si comprende quindi che essi siano stati largamente trattati alla « Settimana scientifica » tenutasi a Francoforte nello scorso settembre (analoga alle riunioni della nostra « Società per il progresso delle scienze »).

Troviamo qui riuniti gli undici rapporti, con le relative discussioni. Alcuni trattano la questione dal punto di vista cellulare (Teoria dei cromosomi (Haberer); Teoria generale della sessualità (Hartmann); Il pH nella cellula vivente (J. Spek), ecc.); altri il problema delle mutazioni (H. Stubbe); L'unione dei gen ed i caratteri esterni (Timoféef-Ressovsky); Gli esperimenti sulle piante coltivate (von Sengbusch); I gruppi sanguigni (Laubenheimer); Il cancro e l'eredità (F. Kröning); L'ereditarietà delle malattie cutanee (H. Siemens). Tutto un complesso di lavori che di questa ancora oscura questione tentano di dare una spiegazione con i concetti oggi vigenti. L'edizione è curata da W. Kolle. *fil.*

Anales del Instituto Modelo de Clinica medica. Vol. XIV. Un vol. in-8° di 635 pag., con fig. Buenos Ayres.

L'Istituto modello di Clinica medica è annesso alla Facoltà di medicina di Buenos Ayres e diretto dal Prof. J. R. Govena. Il grosso volume, che è il XIV della serie, testimonia l'attività anche pratica del detto Istituto, che ac-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

colse in un anno 733 malati nelle corsie e 3300 ne visitò ambulatoriamente. L'Istituto comprende, oltre alle sale ospedaliere ed ai vari laboratori, anche una Sezione chirurgica, in cui si eseguirono 280 operazioni, in massima parte cavitarie.

L'attività scientifica è dimostrata dal complesso dei 38 lavori qui raccolti, alcuni dei quali di vasta mole, come lo studio sulla respirazione polmonare e tissulare (A. Dagnino), sulla stellectomia (J. A. Caeiro), sul diabete ed ipotiroidismo (M. Yriart) ed altri. *fil.*

Contributi del Laboratorio di Psicologia (Un. catt. Sacro Cuore). Serie VI. Un vol. in-8° di 194 pag. con fig. e tav. Soc. ed. « Vita e Pensiero ». Milano, 1935. L. 40.

Attività notevole questa del Laboratorio di psicologia dell'Università cattolica del Sacro Cuore, animata dallo spirito attivo e fattivo del suo Direttore prof. Padre Agostino Gemelli, secondato dall'appassionato lavoro dei suoi collaboratori. Ne fanno fede questi volumi (questo è il VI della serie), che raccolgono le ricerche e gli studî che ivi si fanno e che riguardano la psicologia pura e quella applicata all'educazione, alle industrie (psicotecnica), ecc.

Nel presente volume troviamo uno studio di A. Galli sulla percezione totalizzatrice delle forme attraverso la fovea centrale nella luce crepuscolare ed un altro molto vasto dello stesso autore, sulla riproduzione di profili a più significati, entrambi che dilucidano varie questioni riguardanti la visione della figura e del fondo.

Seguono le ricerche nuove ed originali del Gemelli in collaborazione con G. Pastori, sui metodi dell'elettroacustica nello studio del linguaggio, che aprono la via ad un nuovo indirizzo di studi fecondo di risultati; ne daremo in seguito più ampia notizia. Da ultimo, la conferenza che il Gemelli ha tenuto a Praga all'ultimo Congresso di psicotecnica su « Esercizio ed apprendimento », di grande importanza pratica, specialmente per l'istruzione degli apprendisti e che ha incontrato l'unanime consenso. *fil.*

SOCIÉTÉ DES NATIONS. *Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiène.* Vol. IV, n. 1. Marzo 1935. Genève.

Il grosso fascicolo (325 pagine) dell'interessante pubblicazione contiene i risultati di una inchiesta fatta presso cinque Nazioni (Germania, Danimarca, Inghilterra, Stati Uniti A., Francia) sul *trattamento della sifilide*, da cui si ricavano molte regole pratiche che possono servire di guida. Troviamo inoltre tre rapporti sull'emocultura del bacillo tubercolare secondo Loewenstein; uno di Calmette e Saenz su tale ricerca in generale, un altro di S. Griffith sulla bacillemia tubercolare ed un terzo di A. Jensen sulla tecnica della ricerca. *fil.*

Bulletins et Mémoires de la Société française d'Ophtalmologie. XLVII anno. Un vol. in-8° di 458 pag. Masson et C.ie, Paris, 1934.

La Società francese di Oftalmologia raccoglie un gran numero di soci di tutto il mondo; ne troviamo 36 per l'Italia, fra cui fanno parte come Delegati stranieri, i Proff. Ovio e V. Rossi.

In questo volume, che riunisce gli atti delle riunioni e che è il 47° della serie sono raccolti, oltre a notizie riguardanti l'Associazione, gli atti del Congresso tenutosi nel maggio 1934. Alla relazione di M. Vander Hoeve, sulla biomicroscopia della congiuntiva, seguono numerosissime comunicazioni su svariati argomenti di fisiopatologia oculare e di pratica oculistica, di grande interesse. *fil.*

Wiener Archiv f. innere Medizin. Vol. 27, N. 1. In-8° di 158 pag., con 20 fig. e 15 curve. Urban e Schwarzenberg, Kien, 1935. Prezzo RM. 14,30 (S. 28,60).

Questo numero della nota rivista viennese è dedicato a W. Falta, in occasione del suo 60° anno e contiene lavori di allievi ed amici del maestro, fra cui citiamo i seguenti: *Semplificazione della misura del ricambio respiratorio* (G. C. Benedict). *Aumento della efficacia terapeutica della trasfusione sanguigna nella spesi* (R. Boller e E. Fenz). *Clinica ed anatomia patologica della sclerosi endocrina multipla* (R. Boller e A. Goedel). *La polmonite nel diabete mellito* (G. Delijannis). *Scienze naturali e medicina* (A. Gigon). *Ostacolo all'azione diuretica del caffè da parte del latte* (K. Hitzenberge e R. Roller). Il lobo posteriore dell'ipofisi ed il ricambio dei carboidrati (F. Hoegler e F. Zell). *fil.*

F. ZAMBRINI. *Le Thermomètre de la Résistivité vitale.* Editore Maloine, Parigi. Prezzo Fr. 125,00.

Lo Zambrini espone in questo libro una speciale reazione della saliva che consente di dosare la capacità di resistenza vitale dell'organismo.

La tecnica è semplice, ma l'A. si diffonde a precisare i fatti biologici che stanno alla base della reazione, e ad elencare le numerose esperienze che comprovano il valore diagnostico e prognostico della reazione stessa.

Quantunque l'importanza delle modificazioni salivari come indice dei varî stati fisiopatologici fosse stata da tempo intraveduta e dimostrata, lo Zambrini ha il merito di essersi messo sulla via delle precisazioni. DR.

DIVAGAZIONI

Il mal d'aria.

(M. SILLEVAERTS. *Journ. de Pratic.*, 22 giugno 1935).

Il mal d'aria è per coloro che viaggiano in areoplano quello che il mal di mare è per coloro che viaggiano in mare. La sintomatologia è vicina, ma più numerose sono le cause del mal d'aria.

In primo luogo sono da considerare la salita e la discesa istantanee, poi i movimenti di oscillazione analoghi a quelli di rullio. La ventilazione insufficiente della cabina può influire come agente di intossicazione. Bisogna ancora considerare i sistemi di riscaldamento difettosi. Quando l'apparecchio è munito di motore raffreddato ad acqua, il riscaldamento della cabina si compie senza alcuna difficoltà; solo se i motori sono raffreddati ad aria, si possono produrre delle fessure che lasciano passare dei gas di combustione, specie l'ossido di carbonio.

Il rumore del motore ha poca influenza. Lo stesso non può dirsi del fattore psichico. Bisogna imbarcarsi senza paura e cercare di distrarsi.

La sintomatologia si rivela sotto tre forme: cefalica, con mal di capo, salivazione intensa, nausea, angoscia, sonnolenza; gastrica, con vomiti ripetuti; e mista, comprendendo la successione dei fenomeni che caratterizzano le due altre varietà.

La forma cefalica cede bruscamente dopo l'atterraggio, la forma gastrica è più tenace e può prolungarsi a terra per molte ore. In generale la maggior parte dei viaggiatori sopporta un viaggio di 30-35 minuti. È dopo 1-2 ore che compaiono i segni di malattia.

La prognosi è favorevole data la brevità dei viaggi aerei. Come trattamento preventivo, si consiglia di star coricati sul dorso con la testa leggermente estesa, di non volare che da un'ora e mezzo a due ore dopo un pasto leggero, l'applicazione di una stretta cintura, l'uso dell'atropina.

C. TOSCANO.

Nel prossimo numero pubblicheremo:

UN CASO DI FISTOLA EPATO-POLMONARE

Lezione clinica

del Prof. RAFFAELLO SILVESTRINI

Direttore dell'Istituto di Clinica Medica Generale della R. Università di Perugia.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

2° Raduno della Società Italiana di Gastroenterologia.

(Roma, 26 maggio 1935-XIII).

(Continuazione e fine; v. num. prec.).

Ricerche comparative tra l'aspetto radiologico delle pliche gastriche ed il reperto gastroscopico.

S. ATTILI e G. BONADIES (Roma). — Gli OO. hanno studiato numerosi casi di gastrite eseguendo l'esame radiologico a piccolo riempimento e l'esame gastroscopico pervenendo al risultato che i due metodi devono essere sempre associati per la diagnosi di gastrite.

La gastroscopia fornisce dati sul colore, opacità della mucosa, presenza di muco endogeno, presenza di piccole ulcerazioni che la radioscopia non può dimostrare: la radioscopia a sua volta permette l'esplorazione completa di tutto il viscere e perciò anche di quelle parti che lo strumento non può esplorare. Tali studi sono stati compiuti oltre che sulla gastrite anche in casi di ulcera gastrica, di ulcera duodenale, di tumori dello stomaco.

In un caso di ernia diaframmatica in cui con una radioscopia non era stato possibile mettere in evidenza se la mucosa erniata appartenesse o no allo stomaco, la gastroscopia permise l'accertamento.

La conclusione che deriva da queste ricerche è che i due metodi gastroscopico e radiologico a piccolo riempimento devono essere sempre associati se si vuole fare una diagnosi precisa di malattia di stomaco.

Sul quadro radiologico delle stenosi aorto-mesenteriche.

L. SFORZA (*Roma*). — L'O. descrive un caso di stenosi aorto-mesenterica in un individuo intossicato da Pb. e affetto da lue, che accusava da circa 2 anni dolori epigastrici dopo 3-4 ore dal pasto, vomito amaro, giallo verdastro. Radiologicamente nessuna alterazione a carico della colecisti. Stomaco a sifone, allungato, molto spostabile. Peristalsi assente o quasi. Bulbo duodenale grande di forma normale; duodeno stenosato nella 3ª porzione. Fu posta diagnosi di stenosi aorto-mesenterica. L'ammalato fu operato dal prof. Alessandri di duodeno-digiunostomia e guarì perfettamente.

VESPIGNANI (Venezia). — Ritiene che si tratti troppo spesso di stenosi aorto-mesenteriche, trascurando invece un altro meccanismo di ristagno duodenale, e cioè la caduta di tono di un segmento del duodeno.

Il ristagno è dovuto ad insufficienza motoria.

FASIANI (Padova). — Ha eseguito parecchie duodeno e digiunostomie e si è convinto che esistono casi in cui indubbiamente il fattore meccanico è notevole.

Nel caso riferito da Sforza è evidente l'importanza enorme e quasi esclusiva del fattore meccanico pur essendo probabile l'esistenza di un fattore meccanico.

La cura medica dell'ulcera gastro-duodenale applicata dal chirurgo pratico.

R. RICCIO (Roma). — L'O. espone alcune osservazioni che ha potuto fare con l'uso della ben-

zoato terapia, sopra tutto per quanto riguarda un aumento della coagulabilità del sangue, utile questa ai fini della cura, ma fastidiosa per il trattamento intensivo e continuativo endovenoso.

L'O. notò infatti spesso una trombosi circoscritta, pure con tecnica scrupolosa e specialmente nei soggetti a sistema venoso periferico poco sviluppato. L'O. consiglia perciò di diluire di più il medicamento e di usare come veicolo anzichè l'acqua, il siero glucosato al 5 %. Ha ottenuto con tali soluzioni uguali soddisfacenti risultati.

Il comportamento della curva alcoolemica previa iniezione d'istamina nei normali e nei soggetti achilici.

E. SERIANNI e G. LOLLI (Roma). — Nei soggetti normali la curva alcoolemica provocata a diguino si abbassa notevolmente se dieci minuti prima della somministrazione dell'alcool viene praticata una iniezione d'istamina.

Invece negli achilici la curva alcoolemica provocata a digiuno non è influenzata da una iniezione d'istamina.

La secrezione gastrica dopo somministrazione di alcuni aminoacidi

C. ARULLANI (Roma). — Risulta dallo studio della funzione secretoria gastrica, espletata in 71 gastropazienti mediante somministrazione di triptofano e di istidina (per via ipodermica) e di glicocolla (per via orale) (in comparazione con l'influenza esercitata dalla colazione di brodo) che i suddetti aminoacidi si comportano per lo più nei riguardi della secrezione del succo gastrico come sostanze ad attivo potere eccito-secretorio.

L'influenza terapeutica attribuita agli aminoacidi nell'ulcera gastroduodenale non può pertanto essere riportata ad un meccanismo d'azione inibente sull'acidità.

Il comportamento della funzione secretoria gastrica nella gastrite cronica: L'indice gastritico.

C. ARULLANI (Roma). — In base ad un rapporto tra curva di secrezione e reperto gastroscopico l'O. può concludere che la presenza, la quantità e l'aspetto del muco non costituiscono un elemento utilizzabile per la diagnosi di gastrite; che le curve delle diverse frazioni acide non hanno alcun valore discriminativo o diagnostico; salvo il caso della gastrite atrofica, ove è quasi costante il reperto di achilia completa; che il rapporto tra la così detta acidità cloridrica totale e la così detta acidità cloridrica libera può essere assunto come indice gastritico; infatti tale rapporto quando superi il valore di 1,75 depone in favore dell'esistenza di una gastrite catarrale.

A. ALLODI (Torino). — Richiama l'attenzione sull'importanza dell'aumento del muco nel succo gastrico; sul comportamento del deficit cloridrico; sull'aumento dell'acidità differenziale, in rapporto alla diagnosi di gastrite cronica.

L. FERRANNINI (Bari). — S'interessa sul comportamento della cito-diagnosi del succo.

L. BAGLIONI (Roma). — Avanza dubbi sul significato attribuito alle diverse frazioni acide del succo gastrico, in conseguenza dell'impiego di indicatori diversi e consiglia la ricerca della R. A. e del pH.

PANTANO. — Ribadisce l'importanza dell'aumento del muco gastrico e dell'acidità differenziale.

C. ARULLANI (Roma). — Chiarisce che un aumento della quantità del muco gli è occorso di osservare in casi di gastrite ma anche in soggetti con mucosa normale; che la ricerca dell'indice gastritico ha valore solo per i casi in cui l'HCL libero è presente (escluse quindi le achilie); che le variazioni dell'acidità differenziale sono indirettamente espresse dall'indice gastritico unitamente alle osillazioni dell'acidità cloridrica combinata; che lo studio citologico del sedimento era stato riservato ad altre indagini in corso; che infine una più esatta ricerca biochimica, tenendo conto della R. A. e del pH, avrebbe necessariamente meglio risposto agli scopi di un più esatto studio fisiopatologico della secrezione gastrica.

Sul quadro radiologico di alcuni casi di tumore del duodeno.

M. CACE (Roma). — Riferisce sulla possibilità di diagnosticare dei tumori del tratto duodeno-digiunale in vivo.

Riferisce su 4 casi capitati alla sua osservazione, ne discute i reperti radiologici che sembrano molto caratteristici, specialmente in 2 casi.

Interviene sulla discussione VESPIGNANI di Venezia che chiede alcune delucidazioni in proposito che poi gli vengono fornite dall'O.

Azione degli estratti epatici sulla secrezione gastrica.

F. CORELLI (Roma). — L'O. riferisce di avere esperimentato l'azione degli estratti epatici sulla secrezione gastrica in 20 pazienti, 16 dei quali con H.C.L. presente nel succo gastrico e 4 achilici, ottenendo i seguenti risultati:

Nel 65 % dei casi, sia i valori cloridrici che la quantità di succo gastrico sono inferiori a quelli ottenuti con l'istamina.

Nel 35 % dei casi i valori sono uguali o maggiori di quelli ottenuti con l'istamina.

Cura dietetica dell'ulcera gastrica e duodenale.

DIENA (Roma). — L'O. richiama l'attenzione dei Colleghi su un vecchio metodo di cura dell'ulcera gastro-duodenale, da lui seguìta in 25 anni di pratica professionale e che gli diede buoni risultati. Esso consiste nella somministrazione di un regime frazionato in 5 pasti lasciando una maggiore importanza ai pasti di mezzodì e della sera i quali sono costituiti di carne trita, da verdure passate e condite a piacimento, di formaggi dolci, frutta cotta passata e frutta cruda grattuggiata. Limitati gli alcoolici.

Il regime soddisfa allo scopo di fare scomparire i dolori e di dare una iperalimentazione, secondo l'A., molto utile. I malati si adattano al regime che deve essere seguìto a lungo per portare ad una sicura guarigione.

Difetto di riempimento del colon trasverso per compressione da essudato appendicitico.

Q. VISCHIA (Egitto). — L'O. riferisce il caso di un paziente che da alcuni mesi aveva avvertito dolori al quadrante inferiore destro dell'addome e che si erano manifestati a più riprese; questa sintomatologia dolorosa era accompagnata da bruciore, acidità gastrica, tendenza al vomito.

Il dolore corrispondenva al punto di Mac-Bourney ed esisteva qualche contrazione di difesa della parete muscolare.

Il reperto radiologico, redatto da altro Collega, dimostrava che nel colon trasverso — nel tratto più prossimo all'ascendente — esisteva un difetto di riempimento che, essendo costante, fu interpretato per un neoplasma intrinseco del colon.

Il paziente qualche giorno più tardi era ricoverato nel reparto chirurgico dell'Ospedale Italiano per gli opportuni accertamenti.

Il quesito posto dal chirurgo era di stabilire se il difetto di riempimento che si osservava nelle radiografie, era da mettersi in rapporto con un neoplasma intrinseco od estrinseco, ed a tale scopo fu ordinato un esame radiologico per clisma opaco.

L'indagine radiologica fece intravedere che il colon trasverso si riempiva perfettamente e che la interruzione si verificava alcuni minuti dopo, tanto che il reperto si è conservato ugualmente nelle radiografie che sono state prese a breve intervallo di tempo dalla radioscopia.

Questo tratto del colon corrispondeva all'unione dell'ascendente con il trasverso.

Il rilievo radiologico dimostrava quindi, che il difetto di riempimento era dovuto a fenomeni di compressione.

L'intervento chirurgico (prof. Crescenzi) fece notare una appendice cronica riacutizzata con appendice retro-cecale, la quale aveva determinato un essudato che comprimeva sul collo trasverso.

Occlusione acuta arterio-mesenteriale.

F. STIPA (Roma). — L'O. riferisce su di un caso capitato alla sua osservazione di occlusione acuta arterio-mesenteriale che, persistendo ancora dopo avere messo il malato in posizione genu-petturale, fu operato. L'operazione consistette in una duodeno-digiunostomia che dette per risultato la guarigione completa.

Stenosi duodenale.

M. SANTORO (Roma). — L'O. riferisce su un caso di stenosi duodenale da ascaridi, diagnosticata all'indagine radiologica.

Trattasi di una donna di circa 40 anni, inviata all'esame radiologico con diagnosi clinica di stenosi pilorica di probabile natura neoplastica, per un complesso di sintomi che indirizzavano nettamente verso tale diagnosi.

L'indagine radiologica escluse l'esistenza della stenosi pilorica e fece osservare una notevole ectasia dell'ansa duodenale. Tale dilatazione aveva delle speciali caratteristiche: nell'angolo superiore e nella porzione discendente del duodeno si osservarono delle zone non bene iniettate, non uniformemente ripiene di pasto opaco, tali da far pensare ad una forma di infiltrazione neoplastica delle pareti duodenali, senonchè tali zone di anormale riempimento non erano fisse, stabili ma di sede e morfologia mutevoli. Proseguendo nell'indagine, si osservarono immagini di ascaridi in alcune anse del tenue. Si pensò perciò alla coesistenza di essi anche nel duodeno, dove è noto che si trovano spesso ammassati, aggomitolati, e si attribuì ad essi la causa della ectasia duodenale, in parte forse dipendente anche da fenomeni riflessi.

La cura medica adatta ha portato a completa guarigione la malata.

Esaurite tutte le Commissioni inscritte all'Ordine del giorno, il Presidente, prof. FERRANNINI, ringrazia tutti i Colleghi intervenuti compiacendosi per la ottima riuscita del Congresso.

A. BONADIES.

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 27 aprile 1935.

Presidente: Sen. Prof. G. PASCALE.

Un nuovo micrometodo per dosare l'azoto ureico.

M. ZAPPACOSTA. — L'O. ha trovato che la dixantidrilurea, prodotta dalla reazione quantitativa, scoperta da Fosse, fra l'urea e lo xantidrolo, reagisce quantitativamente con la floroglucina in soluzione solforica, e che il composto, trattato con acido tricloracetico a caldo, sviluppa un intenso colore rosso-violaceo, proporzionale alla quantità reagente.

L'O. ha utilizzato questa sua reazione per dosaggi molto precisi di urea nel sangue totale, siero o plasma (cc. 0,2), nell'urina e nel liquor.

Sulla presenza di leishmanie nel rino-faringe di bambini affetti da leishmaniosi.

P. GRITTI. — L'O., considerando da una parte la presenza già dimostrata delle leishmanie in vari tessuti, dall'altra l'importanza che nella patogenesi di molte infezioni ha il complesso sistema linfoide del cavo rino-laringeo, ha creduto interessante eseguire ricerche dirette a conoscere in questo tessuto di bambini affetti da leishmaniosi l'eventuale presenza del parassita e le reazioni da esso provocate.

Le caratteristiche cliniche del rino-faringe di questi ammalati si possono riassumere in intense note catarrali e facilità della mucosa a sanguinare al minimo toccamento. L'O. ha ricercato il parassita negli strisci ottenuti dal materiale prelevato dalla volta rino-faringea con un portacotone montato, dal sedimento della soluzione fisiologica adoperata come lavanda delle cavità nasali, infine per strofinamento diretto sui vetrini del tessuto adenoideo asportato mediante l'adenotomo, ed ha studiato al microscopio numerose sezioni istologiche del tessuto asportato per rintracciare il parassita e rilevare le alterazioni strutturali da esso provocate.

L'O. riferisce tre storie cliniche di bambini in cui ha riscontrato i parassiti di Leishman, oltre che liberi, anche inglobati nel protoplasma dei polinucleati e dei macrofagi del tessuto adenoideo, e dimostra i preparati istologici ottenuti.

L'O. afferma, a conclusione del suo dire, che, pur volendo per ora tenere sospeso il problema della eventuale trasmissione della leishmaniosi dall'ammalato al sano mediante contagio del materiale infetto avente sede nelle vie aeree superiori, può affermarsi che l'anello di Waldeyer, al pari di tutto il sistema linfoide, offre condizioni favorevoli allo attivo sviluppo delle leishmanie.

Osservazioni su alcuni casi di coxa-plana (malattia di Legg, Calvé, Perthes).

P. DEL TORTO. — L'O. fa la storia di questa forma morbosa, che va raggruppata tra le pseudotubercolosi; tratta della sua sintomatologia, dell'anatomia patologica, dell'indagine radiografica, della diagnosi differenziale della lesione.

Riporta infine i tre casi, che ha avuto occasione di studiare in quest'ultimo anno e ne fa la critica, specie dal punto di vista della etiopatogenesi, la cui interpretazione è tuttora controversa.

Egli concludendo dice che, dallo studio di questi tre casi, in cui dall'esame clinico e specialmente radiologico la diagnosi di coxa-plana risulta indubbia, non riesce a rilevare un movente etiologico comune; in quanto nel primo la lesione sembra sia iniziata in seguito ad un trauma; nel secondo l'anamnesi è muta, specialmente calcolando che la lesione è bilaterale, mentre l'attenzione del curante era richiamata su una sola delle anche; nel terzo infine la lesione è molto complessa, varia, ma con segni abbastanza esatti di forma infettiva, quale può essere una poliartrite reumatica.

Di modo che si dovrebbe pensare che su uno stesso segmento scheletrico, a livello delle cartilagini di accrescimento subepifisarie della testa del femore, momenti etiologici diversi (trauma, infezione di origine oscura, stimolo della crescenza) abbiano potuto agire provocando come risultato finale lo stesso esito in coxa-plana. Per spiegare come l'esito possa essere stato identico si deve anche ammettere che a livello della zona lesa debba preesistere, congenitamente s'intende, un'alterazione dei normali costituenti della epifisi femorale, che sotto lo stimolo abnorme produce la malattia. A questa, quindi, occorrerebbe riconoscere forse più che altro il valore di una sindrome morbosa a fattore etiopatogenetico svariato, ma nella quale la fase conclusiva anatomo-patologica sarebbe sempre identica, nel senso che per una qualsiasi delle cause determinanti si ha una alterazione trombotica vasale, seguìta da necrosi ossea asettica con fase di riassorbimento dei sali di calcio da principio e fase di ricalcificazione ed addensamento secondaria.

La caratteristica deformazione a respingente della epifisi sarebbe conseguenza sia della compressione sul segmento decalcificato e malacico, sia dell'addensamento osseo prodotto dalla ipercalcificazione.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 7 giugno 1935.

Presidente: Prof. T. TERNI.

Dott. A. COSTANTINI. — *Osservazioni sui movimenti dell'appendice del coniglio fatte attraverso una fenestratura dell'addome.*

Sui rapporti fra l'appendice vermiforme e la peristalsi intestinale.

Dott. A. COSTANTINI. — L'O. ha saggiato l'azione sulla peristalsi intestinale di estratti di appendice e di vari altri organi ed ha osservato una attivazione della motilità del tubo digerente assai spiccata con gli estratti di linfoghiandole, di milza e d'appendice. Dai risultati delle esperienze è portato a ritenere che il processo vermiforme non eserciti una funzione specifica eccitatrice della peristalsi ammessa da numerosi ricercatori.

Dott. G. DENES. — *Sulla paragglutinazione.*

Ricerche sull'attività endocrina della prostata.

Dott. F. STEFANI. — Da varie ricerche compiute dall'O. risulta che l'estratto di prostata spiega effetti di natura ormonica caratteristici sul ricambio, sullo sviluppo, sull'accrescimento, sulla maturità sessuale, ecc. e ciò in organismi appartenenti ai più disparati gradini della scala biologica (animali e vegetali). La prostata ha quindi ogni buon diritto per essere considerata un organo a secrezione interna, e d'importanza tutt'altro che trascurabile, in considerazione della notevole intensità dell'azione spiegata dai suoi estratti. Alcuni degli effetti osservati danno poi modo di stabilire una unità di misura di tale attività endocrina.

La pressione del liquido cavitario nelle asciti libere.

Dott. C. CALABRESI. — L'O. ha studiato il comportamento della pressione del liquido peritoneale nei versamenti ascitici, sia trasudatizi che essudatizi. Ha usato in quasi tutte le esperienze un manometro ad U, connesso col trequarti infisso a livello della linea spino-ombelicale di sinistra. Lo stesso liquido ascitico veniva lasciato penetrare liberamente nel tubo manometrico e la pressione veniva perciò direttamente espressa dall'altezza raggiunta dal fluido.

In qualche esperienza un manometro aneroide od un tubo piezometrico furono raccordati ad un ago infisso nella parte più elevata dell'addome (regione ombelicale ad ammalato disteso).

Lo studio di una quindicina di casi, di cui alcuni più volte punti, ha messo in evidenza sostanzialmente che: 1) la pressione alle parti declivi varia fra 9 e 35 cm. di colonna liquida; 2) l'altezza della pressione stessa non sembra legata al volume del liquido raccolto, ma piuttosto alla presenza di meteorismo, che dà, se presente in modo cospicuo, le pressioni più elevate; 3) il decremento della pressione, per successive sottrazioni di liquido, si fa in modo irregolare; 4) la pressione nelle regioni elevate, che misura l'addendo non veramente idrostatico della pressione endoperitoneale, varia fra 4 ed 8 cm. di acqua, e rapidamente decresce in corso di paracentesi; 5) le oscillazioni respiratorie della pressione endoperitoneale sono piuttosto modeste (1[2-1 cm. d'acqua): la pressione aumenta pressochè di regola durante l'inspirazione.

Dott. G. DE LUCCHI. — *L'innervazione del muscolo areolomammillare dell'uomo.*

Dott. L. OLPER. — *Studio istologico sull'innervazione dell'uretere.*

R. SANTI e B. ZWEIFEL. — *Ricerche farmacologiche sulla percaina.*

Azione sul cuore isolato di coniglio. Raffronto con l'azione cocainica. Antagonismo con l'adrenalina.

R. SANTI e B. ZWEIFEL. — *Studi farmacologici sulla percaina.*

Azione sul cuore isolato di rana. Raffronto con l'azione cocainica. Antagonismo con l'adrenalina.

Metodi e risultati sul dosaggio degli alcaloidi della segale cornuta.

M. AUSTONI. — L'O. ha usato nel corso di dosaggi dei preparati di segale cornuta il metodo biologico di Broom e Clarck e quello colorimetrico di Smith: riferisce alcune particolarità di tecnica con le quali ha ovviato ad alcuni inconvenienti, che si presentano in ambedue i metodi.

Porta a conoscenza dei risultati di dosaggio degli estratti fluidi di segale cornuta ottenuti secondo le prescrizioni della IV Ed. della Farm. e della V Ed. e rileva la povertà in alcaloidi dell'estratto fluido consigliato dalla V Ed. nei confronti della precedente. Ha pure eseguito ricerche sul contenuto di alcaloidi di preparati del commercio. Mette in rilievo l'importanza di dosaggio e di controlli sperimentali per farmaci tanto importanti.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 22 maggio 1935.

Presidente: Prof. A. PENSA.

Raro caso di tromboflebite migrante del plesso spermatico in morbo di Buerger.

Dott. F. CAPPELLA. — Riferisce di un caso di morbo di Buerger con tromboflebite migrante del plesso spermatico destro manifestatosi con sintomatologia acuta. Richiamata la difficoltà di diagnosi differenziale con lo strozzamento erniario inguinale epiploico, fa notare come l'esame isto-

logico delle vene asportate abbia dimostrato il tipico quadro delle alterazioni dello stadio acuto del Morbo di Buerger.

Sui diverticoli gastrici.

Dott. G. S. Donati. — Viene ricordato che alla distinzione anatomica dei diverticoli gastrici in veri e falsi non può sempre corrispondere quella eziopatogenetica in congeniti ed acquisiti perchè anche i diverticoli veri possono essere acquisiti.

È illustrato un voluminoso diverticolo vero congenito avente sede lungo la grande curvatura gastrica rivestito di mucosa eterotopa intestinale esattamente circoscritta al diverticolo e munita di una specie di sfintere muscolare in corrispondenza dell'orificio di comunicazione col lume gastrico. Il diverticolo associato ad ipertrofia pilorica pura non dava alcuna sintomatologia clinicamente rilevabile. Dal punto di vista radiologico il quadro era tipico per la presenza di molti segni caratteristici dei veri diverticoli.

La terapia consistette in una resezione duodeno-gastrica che diede felici risultati.

Sulla rottura sottocutanea dell'intestino erniato da contusione.

Dott. F. Leinati. — L'O. descrive un caso di rottura sottocutanea del tenue per contusione erniaria da lui operato e guarito; riporta gli altri casi descritti nella letteratura facendo rilievi sulla rarità della grave lesione e sulla necessità di una diagnosi precoce seguita da intervento operativo non oltre le prime dodici ore.

Su un caso di artropatia cronica tipo Still.

Dott. F. De Filippi. — L'O. ha studiato un caso di artropatia cronica primitiva tipo Still in una ragazza di 19 anni. L'esame istologico di una linfoghiandola asportata mediante biopsia ha messo in evidenza una alterazione dei follicoli che presentano una abnorme ampiezza del centro germinativo costituito in prevalenza da cellule con nucleo chiaro e protoplasma abbondante, una riduzione del mantello linfocitario e una infiltrazione plasmacellulare abbondante: lesioni che però non si possono ritenere assolutamente caratteristiche. Negative sono state le ricerche biologiche sugli animali. L'esame radiologico delle articolazioni non ha rivelato nessuna alterazione dei capi articolari. L'O. ha ottenuto un sensibile miglioramento progressivo con una terapia a base di sali d'oro e coll'antimonio.

Dott. L. Molina. — *Ricerche sperimentali sugli effetti della splenectomia nei ratti.*

Sulla possibilità di inversione del circolo sanguigno con particolare riguardo al rene.

G. Gioia. — Nel campo sperimentale, del quale soltanto l'O. intende occuparsi — il problema dell'inversione del circolo sanguigno può essere così impostato: « Anastomizzando il capo centrale di un'arteria col capo distale di una vena e viceversa il capo prossimale di questa col capo distale dell'arteria — in un arto, in un organo o in un qualunque distretto vasale che si presti, per la disposizione de' suoi vasi a un simile intervento — è possibile far percorrere al sangue arterioso la via venosa e ricondurlo alla vena per la via arteriosa? ». L'O. passa in rassegna i risultati sperimentali spesso contraddittori ottenuti da varii ricercatori sugli arti, sul collo, sul rene, ed espone quelli da lui ottenuti in esperienze analoghe sul rene del cane. Conclude negando la possibilità della inversione circolatoria nel rene del cane. Il rene, subito dopo l'anastomosi, si rigonfia enormemente e acquista una durezza fibrosa ma dal capo distale dell'arteria renale non esce assolutamente sangue o ne esce in quantità minima e solo al primo momento, e ciò in tutti gli esperimenti. Dagli esami microscopici risulta che è a livello della rete capillare che la corrente sanguigna incontra un ostacolo insormontabile al suo progresso, e solo una piccola parte di sangue riesce a penetrare nei glomeruli.

L'O. spiegherebbe questo risultato, che fu sempre costante in tutti i casi, con un triplice ordine di fatti:

1) Il letto venoso e capillare è assai più ampio di quello arterioso, e pertanto se il progresso dell'onda sanguigna in senso normale è favorito da questa disposizione, oltre che dal tono arterioso, il progresso in senso invertito ne sarà ostacolato, costante rimanendo la forza propulsoria.

2) Poichè a livello del segmento glomerulare esisterebbe, secondo qualche autore (Goormaghtigh) un meccanismo neuro-muscolo-arterioso di regolazione della corrente sanguigna, destinato a proteggere il funzionamento dei glomeruli, è probabile che esso entri in giuoco per opporsi alla penetrazione arbitraria, cioè a ritroso, del sangue nel glomerulo.

3) Una parte del sangue viene senza dubbio deviata nel circolo venoso collaterale, che sarà tanto più efficiente, quanto più si sarà avuto cura di rispettare la capsula adiposa. Le eventuali aderenze post-operatorie dell'epiploon al rene è probabile che contribuiscano a favorire il deflusso sanguigno di scarico.

Quanto alla funzione renale, dopo l'anastomosi, l'O. crede che possa continuare ancora per un certo tempo, *almeno in alcuni casi*, ma in modo assai ridotto, poi si sospende col contemporaneo stabilirsi di alterazioni anatomiche a tipo necrotico sempre più gravi nell'organo sottoposto ad esperimento. In un caso di anastomosi su rene unico il cane potè rimanere in vita per quasi cinque giorni, eliminando, in complesso, una quantità notevole di urina acquosa fortemente ematica: all'autopsia la vescica dell'animale risultò distesa da un enorme coagulo rosso.

Il Segretario.

Rammentiamo l'importante pubblicazione:

Prof. MICHELE BOLAFFIO
Direttore della R. Clinica Ostetr. Gin. dell'Univ. di Modena

Lo stato attuale della Radioterapia Ginecologica

INDICE IN RIASSUNTO. — **Parte generale:** *Uso del radio. Dosaggio in R. Dosaggio del Radio. Lunghezza d'onda e azione biologica. Torio X ed emanazione. Azione biologica e azione generale delle radiazioni. Radioeccitazione*, pag. 1 a 14. — **Parte speciale:** 1. Le modificazioni actiniche morfologiche dell'apparato genitale della donna. pag. 15 a 19. - 2. Terapia delle turbe mestruali e degli altri disturbi funzionali della donna, pag. 20 a 33. - 3. Aborto radiologico e deterioramento della prole, pag. 34 a 39. - 4. Radioterapia dei fibromi dell'utero, pag. 40 a 54. - 5. Terapia delle affezioni infiammatorie dei genitali femminili, pag. 55 a 60. — **Appendice:** La castrazione temporanea, pag. 61 a 63. - 6. Terapia dei tumori maligni dell'apparato femminile, pag. 64 a 104. — **Bibliografia,** pag. 105 a 111.

Volume in-8°, di pagg. VIII-112, nitidamente stampato su ottima carta, con 10 figure intercalate nel testo e altre 20 su sette tavole fuori testo. — Prezzo L. **20,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **16** in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'edema polmonare acuto.

Sintomi e segni. Inizio improvviso, con dispnea, dolore toracico e, talora, sensazione di morte imminente. Il malato è cianosato e molto inquieto. Il sintoma più caratteristico è la tosse, che disturba molto, accompagnata da espettorato schiumoso, talora leggermente sanguinolento. Raramente, l'attacco è tanto forte da provocare la morte subitanea. All'esame, crepitii su tutto il torace con poca o punto alterazione del suono di percussione.

Lo stato va distinto dalla trombosi delle coronarie (dolore più intenso, paziente pallido, talora in traspirazione, niente espettorato) e dall'infarto polmonare (dolore unilaterale, niente espettorazione, che si ha invece più tardi, sanguigna).

Trattamento immediato. A. Ramsbottom (*British med. journ.*, 16 febbr. 1935) raccomanda di far subito un iniezione ipodermica con mg. 16 di solfato di morfina, mg. 1,3 di solfato di atropina e mg. 2 di stricnina. In tal modo, si migliora lo stato mentale del paziente, si frena l'espettorazione e si stimola la respirazione. Alcuni sono contrari alla somministrazione di morfina, ma l'esperienza ha dimostrato la sua efficacia e tollerabilità. Se dopo un paio d'ore non è diminuita l'espettorazione, si farà un'altra iniezione di solfato di atropina (mg. 0,65).

Se la cianosi è notevole (oltre 170), si farà un salasso di 350-600 cmc. di sangue. Si somministrerà ossigeno, fatto dapprima gorgogliare in acqua calda ed introdotto mediante un catetere nel naso. Se il polso è frequente, iniezione di strofantina (mg. 0,65) endovena. Alla sera 20 cg. di pillole di calomelano ed, al mattino seguente, una polvere di Sedlitz. (Le pillole di calomelano della Farmacopea inglese sono composte di calomelano — 20 g. —, di solfuro di antimonio — 20 g. —, resina di guaiaco — 40 g. —, gomma arabica e gomma adragante — ana 1 g. —, sciroppo di glucosio — 10 g. —).

Durante l'accesso, si somministrerà soltanto qualche sorsata di acquavite; in seguito, dieta liquida; utile il glucosio (½ kg. in litri 1 e 1/4 di acqua; bollire per 1/4 d'ora e fare raffreddare; aromatizzare con succo d'arancia e tenere in bottiglia; un bicchiere 3 volte al giorno). Dopo 3 giorni, se non vi è febbre, dieta liquida.

Trattamento consecutivo. Per evitare possibili ricadute, è consigliabile tenere il paziente a letto per 3 4 settimane somministrando la seguente miscela:

Carbonato d'ammonio	cg.	20
Cloruro d'ammonio	cg.	26
Bicarbonato di sodio	cg.	40
Acqua di anice	g.	85

S. Due cucchiai in acqua calda, 3 volte al giorno.

Se il polso è oltre 100, somministrazione di digitalina, fino a ridurlo a 70.

Consigliare il riposo fisico e mentale. Frequente il rimettersi dopo il primo attacco, ma facili le ricadute ed il paziente muore, di solito, in una di queste. Cattiva la prognosi nell'edema polm. acuto complicante la toracentesi; nella polmonite e nel morbo di Bright, l'e.p.a. costituisce generalmente l'episodio terminale. *fil.*

L'angina pectoris e la claudicazione intermittente nell'anemia.

W. Pickering e E. J. Wayne (*Clinical science e Journ. amer. med. assoc.*, 15 febbr. 1935) rilevano che dei dolori clinicamente indistinguibili da quelli dell'angina pectoris e della claudicazione intermittente possono manifestarsi in qualsiasi tipo di anemia grave. In una serie di 25 casi ambulatori di anemia grave, vi era il dolore anginoide in 8 ed alle gambe in 7; in tutti i casi il dolore era provocato dall'esercizio fisico e si calmava col riposo. Dopo la guarigione dell'anemia, il dolore al torace si aveva soltanto in due casi e quello alle gambe in uno.

Lo stimolo che provoca il dolore della claudicazione intermittente sarebbe dovuto, secondo gli AA., all'accumulo negli spazi tissulari dei prodotti del metabolismo, che sono asportati normalmente dall'ossidazione. In 16 pazienti gravemente anemici, che si lamentavano di dolore sternale od alla gamba nel camminare, tale dolore veniva riprodotto mediante determinati esercizi; in 4 di essi, l'esercizio non provocava il dolore quando il sangue conteneva più del 50 % di emoglobina; in 2 pazienti, la tolleranza all'esercizio aumentava con il contenuto di emoglobina del sangue.

La rapidità della risposta reattiva della pressione sanguigna e del cuore all'esercizio è generalmente alterata nell'anemia e tale alterazione può contribuire allo sviluppo del dolore anginoso. Il fattore essenziale nella produzione del dolore anginoso è la diminuzione dell'apporto di ossigeno al miocardio in lavoro. Le osservazioni dell'A. tendono a sostenere che la claudicazione intermittente e l'angina pectoris siano dovute ad un meccanismo analogo, che si esplica nei muscoli, del cuore e dello scheletro. Nell'anossiemia miocardica anemica, non sono state trovate modificazioni elettrocardiografiche caratteristiche; in due casi, l'intervallo PR era abnormente lungo nello stato anemico e ritornò normale dopo la guarigione.

fil.

Il trattamento dell'angina pectoris.

Regime generale. Come osserva giustamente K. Shirley Smith (*British med. journ.*, 11 maggio 1935) il trattamento dell'angina pectoris consiste più nel modo di vita che in un sistema terapeutico. Nei gradi leggeri della malattia, il paziente può continuare la sua attività fino ad un certo grado, in modo che non ne risulti il dolore anginoso; l'individuo intelligente arriva a conoscere bene il limite delle sue forze. Evidentemente, ogni attività violenta va sempre esclusa. Importante è un riposo sufficiente di non meno di 10 ore, in completo rilasciamento, evitando altresì ogni causa di ansia, di preoccupazione. In alcuni casi, (attacchi frequenti e gravi, comparsa di accessi notturni, ecc.) è necessario un riposo di 2-3 settimane in letto. Specialmente in pazienti sensibili alla temperatura, evitare i venti freddi; utile il soggiorno in paesi piuttosto caldi, ma non troppo.

La dieta deve essere moderata e consistere di piccoli pasti con scarsi liquidi; utile l'aggiunta di un cucchiaio di glucosio medicinale in polvere ad ogni pasto, per dare una nutrizione supplementare al miocardio. Riposo di mezz'ora-un ora dopo i pasti. Meglio evitare l'alcool, ma un bicchiere di vino bianco può essere utile talvolta per conciliare il riposo ed il sonno.

Appena l'accesso si annuncia, mettersi in riposo e prendere una pastiglia di trinitrina, da 6/10 di mg. Se il dolore si fa subito intenso, inalare subito una fialetta di nitrito d'amile. In mancanza di nitriti, ricorrere ad un bicchierino di liquore forte (acquavite, whisky). Se malgrado tutto questo, il dolore continua per un'ora o più, vi è da sospettare una trombosi delle coronarie; mettere il paziente a letto e fare un'iniezione di morfina (un cg.).

È bene che il paziente porti sempre con sè il nitrito d'amile e la trinitrina; questa si altera abbastanza presto e le pastiglie vanno rinnovate ogni due mesi. La trinitrina può essere presa anche prima che l'accesso si manifesti, se il paziente deve svolgere qualche attività eccezionale per lui o se l'accesso tende a presentarsi a determinata ora nella giornata. Un altro rimedio utile è il salicilato di teobromina e di sodio, da prendersi, in quantità di 50-60 cg. tre volte al giorno, specialmente quando si sospetta una sclerosi delle coronarie; in caso di una componente neuropatica, dare 30 cg. di teobromina con 3 di luminal sodico.

Se l'individuo è nervoso ed eccitabile, dare del bromuro di potassio (60 cg.) con luminal sodico (3 cg.). Nell'insonnia, dare del bromuro di potassio (g. 1,20) con cloralio idrato (60 cg.). Quest'ultimo a dosi di g. 1,20, o come sciroppo di cloralio, è utile nell'angina da decubito.

Per evitare la flatulenza e la distensione gastrica, somministrare 3 volte al giorno dopo i pasti una pillola con:

Calomelano . . . . . . cg. 1
Mentol . . . . » 1,5
Polv. di zenzero . . . . » 1,5

Evitare la costipazione; a tale scopo, somministrare regolarmente dell'olio di paraffina (30 g.) con o senza fenoftaleina (cg. 6-20); in casi di costipazione più ostinata il tè di senna o la cascara.

Oltre al tabacco, evitare alcuni medicamenti, come l'adrenalina, l'efedrina e la tiroidina che, anche a piccole dosi, aumenta in alcuni individui la frequenza e la forza del battito cardiaco.

Trattare le eventuali condizioni associate, come la tirotossicosi, l'obesità, gli eventuali foci settici, l'ipertensione, per cui si renderà talora necessario il salasso. Nell'associazione col diabete, non interessarsi eccessivamente di questo tollerando una modica iperglicemia; l'uso dell'insulina potrebbe portare anche ad infarto del miocardio ed a morte improvvisa.

fil.

L'educazione respiratoria degli insufficienti respiratorii.

G. Rosenthal (*Paris médical*, 22 giugno 1935) fa rilevare che tre sono le manovre essenziali per l'educazione respiratoria.

1) *La prova della respirazione fisiologica.* Gli individui capaci di respirare 20 volte per le narici e 20 volte per ognuna delle due narici non sono affetti da insufficienza respiratoria. Essenziale è la respirazione *per le narici, non mai per la bocca.*

La prova si compie a questo modo. Si mette il paziente in piedi, di fronte al medico, facendogli compiere la respirazione semplice e profonda, ma senza violenza, al ritmo comandato dalla mano del medico: inspirazione quando questa viene alzata, espirazione quando è abbassata. Si fa così per 20 volte; poi si ripete altre 20 volte tenendo la narice destra chiusa e poi altre 20 con chiusa quella sinistra. L'eventuale apertura della bocca per respirare in qualsiasi momento della prova indica una insufficienza respiratoria.

2) *La disciplina della capacità vitale.* Si compie per mezzo degli spirometri, che studiano quantitativamente la respirazione misurando la espirazione boccale. Disciplinando così le quantità delle espirazioni (1/4, 1/2, 1 litro, ecc.) si sopprime la faticabilità e si conferisce la resistenza respiratoria.

3) *L'educazione diaframmatica.* Si ottiene facendo respirare in posizione sdraiata l'individuo con discesa diaframmatica insufficiente, controllata allo schermo.

Della facilità di rieducazione del diaframma ci si convince mettendo la mano sul ventre dell'individuo e facendogli fare alcune respirazioni, gonfiando il ventre all'inspirazione.

Altre *manovre accessorie* sono: *a*) il far contare ad alta voce, senza riprender fiato; manovra eccellente ed allenamento progressivo della espirazione;

b) sospensione della respirazione; fornisce dati preziosi sul valore dell'ematosi dell'individuo; è suscettibile di educazione;

c) la prova dello spegnimento della candela, aumentando progressivamente le distanze.

L'educazione respiratoria è anche un utile complemento del trattamento anatomico.

fil.

L'insulina nel trattamento della tifoide.

H. Nines e R. Walker (rif. in *Jorn. amer. med. ass.*, 25 maggio 1935) hanno trattato con l'insulina vari casi di tifoide, che non presentavano alcun miglioramento dopo 45-62 ore del comune trattamento. A malati gravi, si davano 3 unità di insulina, 3 volte al giorno, prima dei pasti, aumentando poi fino a 10. Dieta di succhi di frutta, latte citrato ed orzo perlato, il tutto introdotto con la sonda. In breve tempo, si videro scomparire i sintomi tossici, decrescere la febbre, scemare il delirio; si potè sospendere l'alimentazione forzata a dare un regime blando fino a 4500 calorie. I risultati furono soddisfacenti, in quanto che la malattia, dopo il quarto giorno dalla somministrazione di insulina, prese un decorso più lieve, la convalescenza fu senza complicazioni e la guarigione completa.

fil.

Il trattamento dei coma barbiturici.

In presenza di un individuo in coma da barbiturici, Ch. Flandin (*Presse mëdicale*, 18 maggio 1935) consiglia di usare soprattutto la stricnina, che può essere considerata come il vero contravveleno di tali sostanze. Essa va somministrata il più presto possibile, a dosi alte e continuata a lungo.

Le dosi di attacco devono essere dell'ordine di due-cinque centigrammi; esse vanno ripetute ogni ora, guidandosi sul segno di Chvostek e sulle contratture provocate da eccitazioni cutanee e muscolari.

Se lo scopo terapeutico viene oltrepassato (comparsa di convulsioni) si riporterà la calma mediante un'iniezione di isonal.

Come coadiuvanti, il salasso, la trasfusione, le inalazioni di ossigeno con respirazione artificiale, il siero fisiologico adrenalinizzato per via rettale.

L'A. cita a sostegno delle sue indicazioni gli ultimi due casi occorsigli, che erano stati trattati da 24 e da 17 ore con la stricnina a dosi di milligrammi. Un'iniezione endovenosa di cinque centigrammi di stricnina (metto in parole queste cifre per evitare che si creda trattarsi di un errore) ha permesso di richiamare i pazienti alla vita; l'A. ha poi continuato con le dosi di due e di cinque centigrammi, dapprima ogni ora, poi ogni due, poi ogni quattro. Uno ha avuto complessivamente 74 centigrammi di stricnina, l'altro 43.

fil.

L'evipan nel tetano.

P. Waltzel (*Schweiz. med. Wochens.*, 26 genn. 1935) ha trovato notevoli vantaggi con l'uso dell'evipan, nel tetano già conclamato. Lo introduce per via endovenosa, ma ha anche provato con successo la via endomuscolare, sebbene l'azione ne sia più lenta e non si esplichi che dopo un quarto d'ora. Riporta le storie di 17 casi così trattati. In essi ha avuto la mortalità del 35 %; i casi mortali, però, sono stati quelli che avevano avuto un brevissimo periodo d'incubazione (da 5 a 7 giorni). Le dosi iniettate sono state di 8-10 cmc. per gli adulti e di 4-5 per i bambini, eventualmente ripetute.

fil.

Documenti da servire alla prevenzione del tetano.

L. Bazy (*Bull. et Mém. Soc. Med. Chir.*, n. 18, 1 giugno 1935) che già in passato è stato difensore convinto dei vantaggi della immunizzazione attiva contro il tetano a mezzo del vaccino, riprende l'argomento con nuove documentazioni, in base ad una statistica di 755 casi raccolti nell'ultimo periodo da tutta la Francia, per sostenere sempre la necessità della divulgazione della vaccinazione.

Oltre i rari casi di tetano di origine endogena, dai dati raccolti risulta come nel 70 % dei casi presi in esame il tetano sia insorto in seguito a ferite così leggere, che i portatori non avevano sentito la necessità di farsi vedere da un medico. D'altra parte anche se si fossero fatti visitare probabilmente il sanitario non avrebbe praticato una iniezione di siero antitetanico, perchè data la piccola entità della lesione non avrebbe voluto non solo sensibilizzare l'individuo verso una seconda iniezione, ma anche in una seconda eventualità in cui detta iniezione si fosse mostrata necessaria diminuire l'efficacia di essa. Infatti in seguito agli studi di Renben Kahn da una parte e di Ramon e collaboratori dall'altra è stato ben dimostrato come dopo iniezioni di siero e tanto maggiore per quanto queste sono numerose, si viene a costituire nell'organismo una funzione antiserum che diminuisce grandemente fino quasi ad annullare l'azione di detto siero. Questa funzione è in dipendenza della formazione di una anti-albumina, di modo che questa azione si estende anche a tutti i sieri curativi e profilattici che provengano dal cavallo, come il siero antidifterico.

Se questo poi si può evitare in un certo modo nella pratica privata, non lo si può assolutamente in periodo di guerra data la quasi costante entità delle ferite, e potrebbe accadere che sarebbe necessaria un'azione profilattica antitetanica, proprio allora questa non avverrebbe.

D'altra parte la vaccinazione è perfettamente

innocua, e non procura affatto quei disturbi, quantunque di grado modico, che avvengono in altre vaccinazioni, che nondimeno, come quella antitifica, sono state adottate nella pratica corrente.

L'A. che ha già praticato numerosissime vaccinazioni conclude che per la prevenzione bisogna ricorrere alla vaccinazione con anatossina tetanica. Il siero deve essere riservato alla cura e alla immunizzazione d'urgenza, in caso di ferite gravi, lacero-contuse e sospette in individui non preventivamente vaccinati, nei quali d'altra parte debbono essere praticate contemporaneamente le iniezioni vaccinanti che procureranno una immunità prolungata.

U. BRACCI.

TECNICA.

Perfezionamenti nella reazione di Nylander per la ricerca dello zucchero nell'urina.

Uno degli svantaggi del metodo di Nylander per la ricerca dello zucchero nell'urina è che, se la glicosuria è scarsa, occorrono 3-4 minuti di bollitura perchè si abbia il colore nero.

G. Lepehne (*Medizinische Klinik*, 17 maggio 1935) ha perfezionato il reattivo nel modo seguente. Anzitutto uso di una soluzione di soda al 12 %, anzichè al 10 %; poi, aggiunta alla soluzione che si viene riscaldando cautamente, di acetato di piombo, a piccole porzioni fino a forte saturazione. Il liquido torbido viene poi chiarificato mediante filtrazione. L'eventuale presenza di un precipitato non disturba la reazione. Si deve invece evitare l'ingiallimento della soluzione, che si ha per un eccessivo riscaldamento.

La sensibilità della reazione viene poi aumentata usando, invece di una parte di reattivo con 10 di urina, parti uguali del reattivo e dell'urina. Con l'uno per mille di zucchero, la bollitura della miscela di 1 cmc. di urina con 1 di reattivo dà la colorazione nera già dopo 1/2-1 minuto, mentre con il reattivo comunemente usato si esigono 3-4 minuti. Con un contenuto maggiore, si ha la colorazione nera alla prima bollitura. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Ulteriori ricerche sull'etiologia del reumatismo articolare acuto.

B. Schlesinger, A. Gordon Signy e W. W. Payne (*Lancet*, 11 maggio 1935) in precedenti ricerche avevano constatato che in seguito ad infezioni del naso-faringe, in molti ammalati comparivano, dopo 2-4 settimane, precipitine antistreptococciche nel sangue e specialmente in quelli che sviluppavano attacchi o recidive di reumatismo articolare acuto. Nel presente lavoro si propongono di scoprire quale porzione del corpo batterico possieda la proprietà precipitogena, e quale relazione vi sia fra la comparsa di queste precipitine ed il reumatismo articolare acuto.

Dalle loro ricerche è risultato che la comparsa delle precipitine si verifica in special modo nei malati che hanno attacchi di reumatismo articolare, di regola dopo 10-13 giorni dall'infezione naso farinega, che però non è specifica, in quanto si riscontra pure in pazienti che non hanno attacchi reumatici, e che sviluppano o no altre complicanze, come adeniti, otiti, nefriti ecc.

Sembra, quindi, che gli effetti generali di una infezione del naso faringe, possano riconoscersi sia in malati con reumatismo sia in ammalati non reumatici; che questi effetti diventano evidenti dopo un periodo di latenza, quando le reazioni immunitarie all'infezione originaria sono al loro massimo.

In questo periodo i tessuti sembrano essere in special modo vulnerabili all'azione di un agente ignoto, forse latente nell'organismo, che sarebbe il vero agente eziologico del reumatismo articolare acuto.

Le globuline e le proteine del corpo batterico forniscono il miglior antigeno per la dimostrazione della reazione. ZITO.

VARIA

I microbi sulle carte da giuoco.

La sensazione di schifo che si ha nel vedere delle carte da giuoco sudicie e bisunte dal lungo uso da parte di mani sporche è forse maggiore del pericolo che esse presentano dal punto di vista della trasmissione di malattie infettive, trasmissione che può anche sembrare probabile anche per la deplorevole abitudine di molti giuocatori di staccare le carte con le dita umettate di saliva.

P. Remlinger e J. Bailly (*Maroc méd.*, 15 gennaio 1935) hanno esaminato le carte usate in caffè di Tangeri, unicamente frequentati da indigeni. All'esame microscopico, hanno trovato abbondanti detriti minerali, acidi grassi cristallizzati e globuli di grasso neutro. Vi sono degli elementi vegetali e delle cellule lignee, provenienti forse dalla segatura di legno: rari filamenti micelici, qualche lievito, frammenti di peli rotti. Nessun parassita, nessun uovo di acaro; filamenti di *B. subtilis*, rari cocchi, fra cui è stato trovato una volta un germe morfologicamente simile al gonococco.

Con le culture si sono ottenuti il più spesso dei germi banali ed innocui; dei colibacilli ed una volta un germe analogo al bac. di Friedländer. L'inoculazione in cavie non ha prodotto nè gangrena, nè accidenti riferibili ad anaerobi. Alcuni decessi si dovettere al colibacillo od a germi della putrefazione (*Proteus*). Le cavie sopravvissute sono state trovate indenni da tubercolosi.

Il pericolo delle carte da giuoco sudicie è stato esagerato; il numero dei germi può essere elevato, ma si tratta di germi generalmente inoffensivi. Teoricamente, molte affezioni possono essere trasmesse da esse, ma nessuna prova è venuta a confermare le vedute teoriche.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

VI - Condizioni per far valere il titolo di precedenza assoluta.

Un sanitario fu nominato, con precedenza assoluta, per effetto dell'art. 8 della legge 21 agosto 1921, n. 1312. Ma rinunziò alla nomina. *Dopo quattro anni* partecipò ad altro concorso e pretendeva di essere nominato con precedenza perchè invalido di guerra. La sua aspettativa fu delusa. Egli fece ricorso al Consiglio di Stato il quale, però, lo respinse con decisione 23 agosto 1934, n. 834 che ha precisato io scopo e i limiti di applicazione della legge 1921, n. 1312. « Onorare l'invalido di guerra e offrirgli la possibilità di tornare al lavoro per il suo bene e la utilità comune; ma questi fini non si sarebbero potuti raggiungere se non facendo eccezione nel campo dell'applicazione dell'impiego privato, all'imperante principio della libertà di assunzione largamente riconosciuta al datore di lavoro e nel campo dell'impiego pubblico al principio della maggiore capacità tecnica obbiettivamente accertata mediante un pubblico concorso ». Dunque, le norme della legge del 1921 attuano un diritto eccezionale, la cui interpetrazione, pertanto, va tratta fino al raggiungimento di quei fini, ma non oltre e il voto della legge è esaudito, cioè i suoi fini debbono dirsi raggiunti, quanto l'invalido, per la più agevole via che quella gli ha aperto, ha conseguito la desiderata conveniente occupazione. Entro quei confini, gli interessi degli altri aspiranti sono giustamente, cioè legittimamente sacrificati.

Tale carattere di « jus singulare » che non può evidentemene negarsi alla legge del 1921 fu già riconosciuto da questo Consiglio che fissò alcuni limiti dalla legge espressamente o implicitamente stabiliti. Primo limite, ovvero condizione essenziale per l'applicabilità dell'art. 8 è che l'invalido sia disoccupato. In conseguenza l'applicabilità dell'articolo stesso fu negata: a chi avesse già una occupazione della medesima natura di quella relativa al posto successivamente ambito (Sez. V^a, 9 aprile 1926, n. 92 Giuliani c/ Comune di S. Lazzaro); a chi fosse già in possesso d'un posto o avesse titolo ad occuparlo e aspirasse tuttavia ad ottenere un posto migliore nella stessa amministrazione (Sez. IV^a-K, 2 nov. 1927, n. 618 Guizzardi C. Ministero P. I. e Fano).

Se la condizione di disoccupato manca evidentemente nei casi su riferiti, essa manca altresì, anche se appaia il contrario, nel caso dell'invalido di guerra che come il dott. Rubbiani avendo ottenuto un posto di veterinario condotto in un comune (quello di Medicina) vi rinunci per considerazioni altruistiche, ossia vi rinunzi volontariamente, e manca perchè la disoccupazione che è contemplata dalla legge è la disoccupazione involontaria.

La disoccupazione di colui che potrebbe occuparsi e non vuole, di colui che ha conquistato un posto desiderato e spontaneamente vi rinuncia, sia per capriccio, sia per favorire un collega, non è produttiva di effetti giuridici. Può darsi che un invalido di guerra perda un posto o debba rifiutarlo per ragioni indipendenti dalla sua volontà o per gravi circostanze degne di particolare considerazione, e allora non v'ha dubbio che si determini un nuovo stato di disoccupazione che, in quanto è involontario, non può non produrre gli effetti dell'anteriore involontaria disoccupazione, ma non è questo il caso del dott. Rubbiani che senza nemmeno assumere servizio, senza nemmeno cioè sperimentare nel conquistato posto la idoneità delle sue forze fisiche, mosso da « generosità » fece getto di un privilegio in vantaggio d'altro concorrente.

La difesa del ricorrente che risponde alle obbiezioni dei resistenti li accusa di voler distinguere — là dove la legge non distingue — una disoccupazione « originaria » da una disoccupazione « artificiale » non si avvede, così facendo, di pretendere, contro i canoni elementari della interpretazione delle leggi, che disposizioni di carattere eccezionale scritte per la disoccupazione involontaria degli invalidi di guerra, dinanzi alla quale è giusto e legittimo che cedano gli interessi dei non invalidi e in certo senso anche quelli della pubblica amministrazione, siano estese alla disoccupazione volontaria, a quella condizione nella quale si venne a trovare il dott. Rubbiani per effetto della rinuncia che egli fece al posto di veterinario condotto ottenuto nel Comune di Medicina, reclamando per l'appunto l'applicazione in suo favore dell'art. 8 della legge 21 agosto 1921, n. 1812 ».

Questa risoluzione sembra corretta ed equa ed evita la possibilità di eccessive forme di utilizzazione di una causa di preferenza assoluta che è legittima e doverosa ma è attribuita al solo scopo di assicurare una occupazione decorosa sulla base del solo accertamento della idoneità assoluta all'invalido che sia effettivamente disoccupato per causa indipendente dalla sua volontà.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza per le malattie a 600 mila lavoratori agricoli.

A conclusione di varie adunanze svoltesi con l'intervento anche dei rappresentanti dei Ministeri dell'Interno e delle Corporazioni i presidenti delle Confederazioni Fasciste degli Agricoltori e dei Lavoratori dell'Agricoltura, on.li Muzzarini e Angelini, hanno stipulato un accordo col quale si è convenuto di procedere alla costituzione delle Casse Mutue Malattie Provinciali per i salariati, braccianti e compartecipanti agricoli delle provincie di Verona, Vicenza, Forlì, Parma, Torino, Brindisi e Napoli, sulla base dello statuto-tipo approvato dal Ministero, adattato secondo le proposte che dalle organizzazioni locali saranno formulate alla Federazione Nazionale delle Casse Mutue Malattie Agricole, ed eventualmente modificato d'intesa fra le due Confederazioni.

Per la provincia di Mantova, non menzionata fra le suelencate, i rappresentanti delle Unioni interessate si sono impegnati di istituire la Cassa Mutua Malattie con le modalità che, in relazione alle condizioni locali, risulteranno più indicate.

Le due Confederazioni si sono impegnate di impartire disposizioni per l'immediata costituzione delle predette Casse Malattie Provinciali, onde queste inizino il loro regolare funzionamento a partire dal 1° gennaio 1936-XIV.

In base a tale accordo ben 600.000 lavoratori della terra appartenenti alle categorie dei salariati, braccianti e compartecipanti, che per le particolari condizioni di lavoro sono le più bisognevoli di cure in caso di malattia, vengono ad usufruire dell'assistenza stabilita dalle Casse Mutue.

Con l'istituzione delle nuove Casse provinciali il numero di questi organismi assistenziali viene aumentato notevolmente e portato complessivamente a 17.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Rovigo 30 luglio; Campobasso, Cosenza, Foggia, Parma 31 luglio; Mantova 8 agosto; Perugia, Reggio Emilia, Trieste, Udine 10 agosto; Savona, Taranto 14 agosto; Belluno, Cagliari, Como, Enna, Gorizia, Novara 15 agosto; Viterbo 16 agosto; Bergamo, Brindisi, Matera, Varese 20 agosto; Avellino 22 agosto; Benevento 25 agosto; Grosseto, Pavia 27 agosto; Avellino, Ragusa 29 agosto; Bologna, Cremona, Milano 30 agosto; Alessandria, Brescia, Caltanissetta, Cuneo, Ferrara, Frosinone, La Spezia, Littoria, Massa, Macerata, Napoli, Nuoro, Pescara, Piacenza, Pisa, Pola, Ravenna, Rieti, Roma, Salerno, Siracusa, Sondrio, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Treviso, Venezia, Vercelli, Verona 31 agosto; Aosta 1 ottobre.

Per Udine proroga al 10 settembre (ore 18).

Aidone (*Enna*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8500, oltre cinque aumenti quinquennali del decimo. Limiti di età anni 35, salvo eccez. di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

Alessandria d'Egitto. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Aiuto del Reparto Medico; titoli; scad. 31 ottobre; vitto, alloggio, 10 % sulle rette degli ammalati paganti del reparto medico: è garantito un minimo di Lire Egiziane 250 annue, pagabili a rate mensili posticipate; è consentito il libero esercizio. Chiedere avviso per le altre condizioni (comprese quelle di esercizio professionale in Egitto). Rivolgersi alla Direzione.

Aosta. — Scad. 31 luglio; ispettore sanitario dell'Industria della Provincia; L. 10.200 e indennità accessorie. Rivolgersi all'Ufficio Collegamento e Gestione Casse Mutue dell'Industria, via Roma, 5, Aosta.

Ancona. *Ospedale Civile « Umberto I »*. — Scad. 31 luglio, ore 18; primario di traumatologia e ortopedia; età limite 45 anni al 25 giugno; L. 5000; quota di compartecipazione sui proventi, nella misura fissata dalle apposite tariffe. Chiedere annunzio Rivolgersi alla Segreteria.

Ferrara. *Arcispedale di Sant'Anna*. — Concorso, per titoli, al posto di specialista otorinolaringoiatra. Stipendio annuo L. 6000 oltre le percentuali fissate dal regolamento per le cure prestate a favore di persone in proprio e curate sia nel reparto, sia nel rispettivo ambulatorio. La percentuale è presentemente del 50 % sulle somme incassate. Scadenza ore diciotto del 31 luglio 1935.

Firenze. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Scad. 31 agosto, ore 17; assistente del Laboratorio di ricerche cliniche e batteriologiche e del turno per le malattie infettive; titoli ed esami; età limite 30 anni; L. 6400 lorde, indennità c.-v. e altre; nomina e due conferme biennali. Tassa L. 50. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

Livinallongo (*Belluno*). — Posto di medico condotto consorziale. Stipendio L. 8000 annue, oltre 5 aumenti quadriennali del decimo. Se ufficiale sanitario L. 500. Per manutenzione ambulatorio L. 500. Indennità per mezzo di trasporto: se con bicicletta L. 1000; con motocicletta L. 2000; con automobile L. 3500. Caro-viveri come per legge. Limiti di età anni 32 salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

Lodi (*Milano*). *Ospedale Maggiore*. — Concorso al posto di chirurgo primario. Stipendio L. 12.500; indennità s. a. L. 2500; indennità di carica lire 3000, con le ritenute e decurtazioni di legge. Sei aumenti periodici di un decimo cadauno. Trenta giorni di vacanza all'anno retribuiti. Scadenza 30 luglio 1935. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria del Luogo Pio.

Pietraperzia (*Enna*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8000, oltre 5 aumenti quinquennali del decimo. Limiti di età anni 35 salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

SAN NICOLÒ COMELICO (*Belluno*). — Posto di medico condotto per il consorzio. Stipendio annuo L. 9000, più indennità per mezzo di trasporto: se con bicicletta L. 1000; se con motocicletta L. 2000. Limiti di età anni 32 salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

TERAMO. *Consorzio Provinciale antitubercolare.* — Concorso, per titoli ed esami, al posto di assistente sanitaria visitatrice del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Teramo. Stipendio annuo iniziale di L. 6000 con cinque aumenti quadriennali del decimo ed indennità di servizio attivo di L. 1000, il tutto al lordo delle ritenute a norma delle disposizioni legislative in vigore. Scadenza ore 12 del giorno 10 settembre 1935-XIII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare.

Teramo, 10 luglio 1935-XIII.

TROINA (*Enna*). — Posto di ufficiale sanitario. Stipendio annuo L. 7000, oltre 4 aumenti quinquennali del decimo. Limiti di età anni 35, salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

VICENZA. *Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi.* — Posto di assistente. Stipendio annuo L. 15.000, oltre 5 aumenti quadriennali del decimo; partecipazione negli introiti per le ricerche e le analisi. Servizio attivo L. 2000. Limiti di età, anni 35, salvo eccez. di legge. Scadenza 31 luglio 1935.

VIGO DI CADORE (*Belluno*). — Concorso al posto di medico condotto per il Consorzio. Stipendio annuo L. 10.000. Indennità per mezzo di trasporto, automobile, L. 3500. Se Ufficiale Sanitario, L. 550. Limiti di età anni 32 salvo eccez. di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

VILLAROSA (*Enna*). — Posto di ufficiale sanitario. Stipendio annuo L. 6000 oltre quattro aumenti quinquennali del decimo. Limiti di età anni 35, salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

BORDIGHERA-SAN REMO, cedesi avviata pratica medica, prelievo impianti moderni, eventualmente apparecchi, mobilia ecc., causa trasferimento fuori provincia. Miti pretese. Scrivere Dott. Cav. G. Piazza, Bordighera.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. sen. Aldo Castellani, colonnello medico della Riserva Navale, è promosso maggior generale.

Il Comitato permanente della Federazione della stampa medica latina è stato così composto: presidente: prof. sen. D. Giordano (Venezia); vice-presidenti: prof. A. Austregesilo (Rio de Janeiro), prof. D. Danielopolu (Bucarest), prof. N. Fiessinger (Parigi), prof. R. Horno Alcorta (Saragozza); segretario generale: dott. L. M. Pierra (Parigi); tesoriere generale: dott. Henri Tecon (Losanna); segretari aggiunti: dott. René Beckers (Bruxelles), dott. Juan Noguera (Madrid), prof. T. De Sanctis Monaldi (Roma); segretario amministrativo: M. Robert Gardette (Parigi).

Il Comitato d'onore è così composto: proff. J. Bordet (Bruxelles), Mariano R. Castex (Buenos Aires), F. Domínguez (Avana), G. Etienne (Nancy), E. Forgue (Montpellier), Ricardo Jorge (Lisbona), Léopold Mayer (Bruxelles), G. Pittaluga (Madrid), G. Sanarelli (Roma).

NOTIZIE DIVERSE

Nella Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Il cambio della guardia è avvenuto nella Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Il gr. uff. dott. Gaetano Basile, lascia, per anzianità di servizio, la direzione della più importante istituzione sanitaria del Regno dopo quasi cinque anni di intenso, operoso e proficuo lavoro. La competenza, intelligenza e serenità portata nell'ufficio affidatogli; la precisa comprensione dei più vitali problemi sanitari, e la nitida visione dei mezzi per ottenere i più proficui risultati, pur tra difficoltà talora quasi insormontabili; il prestigio, con cui egli ha atteso alla delicata funzione di direttore generale della Sanità Pubblica, apportandovi alto senso di imparzialità e di bontà congiunta a giusto rigore, hanno ottenuto l'unanime riconoscimento dei sanitari italiani e di quanti ebbero con lui rapporti.

Di questo impareggiabile e stimato funzionario tenace sarà il ricordo, e l'Istituto di Sanità Pubblica resta a testimoniare l'intelligente passione portata dal dott. Basile per adeguare l'Amministrazione Sanitaria alle nuove esigenze della vita sociale della nazione.

A raccogliere la successione del dott. Basile è stato chiamato il prof. Giovanni Petragnani, direttore dell'Istituto d'Igiene di Siena e Rettore Magnifico di quella R. Università, studioso di larga fama, di indefessa operosità, di tenace volontà.

Il dinamismo volitivo di questo giovane, apprezzato ed operoso scienziato affida che la Sanità Pubblica procederà senza soste e con sempre maggior vigore nell'arduo cammino del miglioramento igienico-sanitario del nostro Paese.

5° Congresso nazionale antitubercolare.

La Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi ha organizzato per il novembre prossimo a Roma il V Congresso nazionale antitubercolare. A questa grande rassegna di tutte le forze antitubercolari del paese che oggi, nella piena applicazione delle leggi emanate dal Governo fascista, è all'avanguardia di tutti gli altri popoli civili nel campo della lotta antitubercolare, parteciperanno i rappresentanti dei massimi enti nazionali statali e parastatali interessati, tisiologi e igienisti. Saranno anche presenti rappresentanti di nazioni estere, le quali con vivo interesse seguono gli sviluppi dell'applicazione della legislazione fascista che si imperniano sulla assicurazione obbligatoria. In occasione di tale congresso si svolgerà anche il convegno nazionale delle infermiere visitatrici ed assistenti sanitarie.

Durante i lavori scientifici del congresso saranno svolti i seguenti temi:

Tema clinico: « Preinfezione endogena e preinfezione esogena del tubo polmonare ». Relatore generale: prof. sen. Ferdinando Micheli; correlatori: proff. Gennaro Costantini, Vittorio Lubich, Tommaso Lucherini, Giuseppe Luzzatto Fegiz, Gaetano Ronzoni.

Tema biologico: « I componenti chimici del bacillo della tubercolosi ». Relatore generale: prof. Gianni Petragnani; correlatori: proff. Giuseppe Daddi, Camillo Ninni, Attilio Omodei Zorini, Vittorio Puntoni, Luigi Scivoli, Francesco Figari, Lino Urizio.

Tema terapeutico: « Le cure dell'empiema metapneumotoracico ». Relatore generale: prof. Vin-

cenzo Monaldi; correlatori: proff. Umberto Carpi, Guido Egidi, Vincenzo Fici, on. Raffaele Paolucci, Arrigo Perrin, Mario Redaelli.

Tema sociale: « Il lavoro in casa nella lotta contro la tubercolosi ». Relatore generale: prof. Gioacchino Breccia; correlatori: proff. Federico Bocchetti, Cesare Giannini, Arcangelo Ilvento, on. Eugenio Morelli, Luigi Sagona.

Il comitato ordinatore del congresso, presieduto dall'on. prof. Raffaele Paolucci, presidente della Federazione, è composto dai proff. Arcangelo Ilvento, sen. Edoardo Maragliano, on. Eugenio Morelli, segretario generale del congresso, prof. Federico Bocchetti, segretario generale della Federazione. La segreteria generale del congresso ha sede presso la Federazione, in via Nazionale 200, Roma.

6° Congresso nazionale di medicina legale.

Organizzato dall'Associazione Italiana di Medicina legale, si terrà a Milano, nell'Istituto di Medicina legale della R. Università (via Mangiagalli 37), dal 26 al 29 settembre.

L'adunanza antimeridiana del primo giorno sarà dedicata alla relazione e conseguente discussione intorno ai « Problemi medico-legali del Matrimonio Canonico » (relatori i proff. Amedeo Dalla Volta e Boldrino Boldrini). La seduta pomeridiana sarà dedicata alle comunicazioni.

Il giorno successivo, nella mattinata saranno commemorati il prof. Salvatore Ottolenghi (dal prof. Attilio Ascarelli di Roma), e Cesare Lombroso, del quale ricorre in quest'anno il centenario della nascita (dal prof. Ruggero Romanese di Torino). Il resto della seduta antimeridiana e quella del pomeriggio saranno dedicate alle comunicazioni. Nella seduta antimeridiana della terza giornata verrà svolta la relazione intorno a « Le moderne dottrine caratterologiche e l'antropologia criminale (relatori: proff. Ennio Rizzatti e Giulio Menesini), cui seguirà la discussione. La seduta pomeridiana sarà riservata alle comunicazioni.

Nella quarta giornata (che cade di domenica), i congressisti si recheranno a rendere omaggio alla memoria di Cesare Lombroso a Verona e deporranno una corona di alloro ai piedi del monumento che lo ricorda.

La quota di partecipazione al Congresso è di L. 30.

Per la corrispondenza, rivolgersi impersonalmente alla « Segreteria del VI Congresso Nazionale di Medicina Legale », via Mangiagalli 37, Milano.

Convegno nazionale medico nelle colonie climatiche marine.

In seguito all'autorizzazione pervenuta dal Direttorio del Partito il Centro di Studi di Talassologia Medica di Rimini presieduto dal prof. D. Ottolenghi per incarico della Federazione Fascista di Forlì e del Municipio di Rimini, ha indetto per i giorni 27-28 luglio in Rimini un Convegno Nazionale di medici con l'intento di studiare i varî problemi inerenti alla organizzazione delle colonie climatiche marine. Il convegno avrà carattere preliminare a quello che il Partito stesso terrà a Roma in occasione della Mostra delle Colonie Estive.

I temi posti all'ordine del giorno sono:

« Il programma totalitario dell'assistenza igienico-sanitaria ai giovani e le Colonie Marine »; relatore: prof. Donato Ottolenghi, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università, Bologna;

« Criterî basilari per la scelta dei bambini e dei giovani da avviarsi alle Colonie Marine e per il loro trattamento »; relatore: prof. G. B. Allaria, presidente della Società Italiana di Pediatria;

« I problemi della alimentazione nelle Colonie Marine »; relatore: prof. Gaetano Quagliarello, direttore dell'Istituto di Chimica biologica della R. Università di Napoli;

« Istruzione e selezione del personale addetto alle Colonie Marine »; relatore: prof. Luciano Magni, direttore medico dell'Ospizio al Lido, Venezia.

Saranno accettate comunicazioni inerenti ai temi suddetti.

L'eletta fama degli illustri relatori, la grande importanza degli argomenti trattati, la meravigliosa bellezza della Riviera di Rimini che ospita molte delle più belle colonie create dal Regime, richiameranno indubbiamente a questo convegno gran numero di medici e di studiosi che s'interessano e dedicano la loro attività nel benemerito campo della previdenza e della assistenza della infanzia della Patria.

I partecipanti al convegno godranno di riduzioni ferroviarie e di speciali facilitazioni negli alberghi della Riviera.

Congresso internazionale di terapia.

L'« Unione terapeutica », presieduta dal prof. M. Loeper e in cui l'Italia è rappresentata dal prof. N. Pende, vice-presidente, terrà un'assemblea generale il 9 ottobre, nella Facoltà medica di Parigi. Durante l'antimeriggio saranno trattati i temi: « Nostre conoscenze attuali sull'ormone maschile » (prof. A. Guy Laroche); « La chirurgia dello splancnico nell'ipertensione arteriosa » (prof. A. R. Fontaine, Strasburgo); « I composti antimoniali in terapia » (J. La Barre, Bruxelles). Nel pomeriggio si terrà una seduta in comune con la Società di terapia di Parigi; saranno trattati i temi: « L'equilibrio fisico-chimico e glandolare nel trattamento degli spasmi vascolari (prof. Pende); « le sostanze spasmogene e le loro antagoniste » (prof. Bürgi, Berna); « la medicazione nervosa sedativa degli spasmi » (dott. J. Decourt); « la fisioterapia degli spasmi e delle algie viscerali » (dott. Delherm).

Rivolgersci al Dr. G. Leven, secrétaire général de l'Union Thérapeutique, rue Téhéran 24, Paris 8e, Francia.

Assistenti militari nelle Cliniche chirurgiche universitarie.

Per il prossimo anno accademico dieci ufficiali in servizio permanente effettivo saranno inviati alle Cliniche chirurgiche universitarie del Regno quali assistenti militari. Potranno aspirare alla assegnazione di cui trattasi i primi capitani, i capitani e i tenenti medici in servizio permanente effettivo; per questi ultimi limitatamente a quelli scritti sulle quote di avanzamento.

Potranno concorrere tutti gli ufficiali che si trovino nelle sopra indicate condizioni di grado e anzianità purchè possano dimostrare di possedere nella specialità chirurgica una buona preparazione.

Azioni giudiziarie.

La Corte d'Assise di Johannesburg (Sud-Africa) ha assolto il dott. A. Broido dall'accusa di omi-

cidio colposo, per avere dimenticato un rettangolo di garza nell'addome di un'operata; questa si era rimessa dopo l'intervento, ma due mesi più tardi ella accusò dolori addominali violenti: un nuovo intervento rivelò il corpo estraneo, che comprimeva l'intestino; seguì morte, a poche ore di distanza. Dal processo risultò che il dott. Broido, prima di suturare l'addome, si era preoccupato della compressa mancante e l'aveva ricercata insistentemente per mezz'ora, senza riuscire a trovarla; si era poi interessato più volte della salute della paziente, e infine si era convinto che tutto andasse bene; quando si ripresentarono sintomi addominali acuti, egli aveva pensato a coliche biliari.

L'attore cinematografico Gabriel Leuvielle, noto con lo pseudonimo di Max Linder, e la moglie Marguerite Peters, si erano dati volontariamente la morte, fra il 30 e il 31 ottobre 1925, lasciando una bambina. Le loro disposizioni testamentarie erano discordi per quanto riguardava l'educazione di questa bambina: l'uno la affidava al proprio fratello, l'altra alla propria madre; donde una causa. La 1a Camera della Corte d'Appello di Parigi ha ora deciso (dopo dieci anni: le cause giudiziarie vanno per le lunghe!!) che deve prevalere la disposizione del padre, perchè è accertato che è morto dopo la madre. La nonna della bambina aveva sostenuto che la disposizione testamentaria del padre non poteva esser valida, perchè il padre era malato di mente, e per provarlo, aveva prodotto il certificato di un medico svizzero, dott. Montet, il quale aveva avuto in cura il Linder; ma la Corte d'Appello non ha accolto questo documento, perchè esso infrange il segreto professionale medico, il quale in Francia dev'essere assolutamente rispettato.

Era stata intentata causa, da due coniugi, contro il dott. Rivalta di Chateau Roux (Francia) per internamento non giustificato della signora in un manicomio, dal quale venne dimessa pochi giorni dopo, perchè riconosciuta non malata di mente; essi chiedevano 100.000 franchi di danni e interessi, ma il Tribunale ha respinto la richiesta.

Un po' dovunque.

L'8º Congresso medico egiziano, organizzato dall'Associazione Medica Egiziana, si è tenuto a Damasco dal 17 al 21 giugno; ha discusso i problemi: malaria, dissenteria, gravidanza extra-uterina ed altri.

Il 22º Congresso della Società svizzera di chirurgia si è svolto a Sciaffusa nei giorni 22 e 23 giugno; ai lavori ha partecipato il prof. O. Uffreduzzi di Torino.

La Sezione Regionale Siciliana della Federazione It. Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi si è adunata a Palermo il 30 marzo, sotto la presidenza del prof. L. Manfredi, assistito dal segretario prof. V. Fici. Sono state fatte comunicazioni da: A. Businco, G. Giunti, A. Culotta, V. Agnello.

La Società Lombarda di chirurgia si è adunata il 26 maggio e il 7 giugno, sotto la presidenza dei proff. Donati e Bobbio. Sono state fatte, rispettivamente, 11 e 9 comunicazioni.

Il Sindacato Medico Fascista di Sondrio ha tenuto una riunione culturale l'11 giugno, sotto la presidenza del prof. M. A. Fiamberti, segretario provinciale; sono state fatte comunicazioni da: E. Tarantola, B. Tosi, G. B. Valenti, G. Aschieri.

Il 9 luglio si è tenuta a Porretta Terme la 26a riunione dei radiologi emiliani; la prossima riunione si terrà nell'ottobre prossimo a Bologna, e discuterà sulla colecistografia, tema proposto dal segretario del Gruppo prof. V. Giovetti.

Presso la Facoltà medica di Vienna si svolgeranno varî corsi di perfezionamento: uno internazionale sui progressi della medicina, con speciale riguardo alla terapia, dal 23 settembre al 5 ottobre; uno internazionale di pediatria dal 7 al 19 ottobre; uno di ostetricia e ginecologia dal 7 al 30 ottobre; uno di dermato-venereologia dal 7 al 17 ottobre. Chiedere programmi e condizioni alla: Wiener medizinische Fakultät, Universität, Dr. Karl Lueger, Ring 1, Wien I, Austria.

Si è tenuto all'Università di Milano un corso di aggiornamento sulla trasfusione del sangue: è risultato di 10 lezioni e di esercitazioni.

Il fasc. 4 di « Acta Medica Italica » dedicato alla « Ostetricia e Ginecologia in Italia » rappresenta una documentazione sintetica, tanto storica che di attualità, del vasto lavoro compiuto in Italia nel campo di queste discipline.

Il fascicolo supera le 200 pagine, e in ogni sua parte dimostra ciò che l'Italia ha fatto a favore della Maternità.

Il prof. P. Piccinini ha tenuto il 15 giugno a Milano una conferenza sul tema: « La XIV decade della Genialità Medica Italiana ».

Un gruppo di medici inviati dalla Società delle Nazioni a Roma per il corso di malariologia, accompagnati dal prof. Missiroli, ha visitato l'Istituto superiore di odontoiatria « George Eastman ».

Il direttore prof. Perna, pregato dalla direzione dell'Istituto superiore di Sanità Pubblica, ha illustrato dettagliatamente l'organizzazione ed il funzionamento dei varî reparti che in quell'ora erano affollati di piccoli pazienti.

Fra i visitatori erano i dottori Montalvan (Equador), Lozanno (Spagna), Le Fleur (Haiti), Zorriassatein (Iran), Tatarano e Russu (Romania), Colakogan e Besen (Turchia), Zotti e Bevere (Italia) e la signora Lewenson (U.R.S.S.).

Alla presenza di tutte le autorità provinciali di Parma è stato inaugurato, il 7 luglio, il nuovo monumentale centro termale di S. Andrea Bagni, che comprende modernissimi edifici, fra cui il nuovo stabilimento bagni per le cure salso-bromo-jodiche e solfuro-calciche, lo stabilimento per l'imbottigliamento delle acque, un grande albergo ecc.

L'Associazione Argentina per il progresso delle scienze ha annunziato l'istituzione di tre borse di perfezionamento, per laureati in medicina, biologia e chimica, nonchè varie sovvenzioni per ricerche in corso.

La « Gazz. Uff. » del 7 giugno ha pubblicato un Decreto Ministeriale che autorizza l'Opera Naz. Maternità e Infanzia ad accettare un lascito di lire 500.000 disposto a suo favore dal cav. Alessandro Bompiani di Torino. La rendita sarà assegnata alla Federazione di Torino per essere erogata a favore di madri e fanciulli in stato di abbandono.

Si è determinato a Roma un incremento di febbre tifoide; i quotidiani ne hanno dato precise notizie. Dal 1° giugno a tutto il 14 corr. si sono avuti circa quattromila casi. Da alcuni giorni le denunzie sono in diminuzione. L'incidenza non può considerarsi grave, per una popolazione di oltre un milione di abitanti. L'Ufficio d'igiene e sanità, con l'abituale solerzia e perizia, coadiuvato efficacemente dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica e in particolare dall'Istituto della Sanità Pubblica, ha provveduto a fronteggiare il male.

Nel « County General Hospital » di Los Angeles si è avuto uno scoppio di poliomielite anteriore acuta, che ha colpito anche parecchie allieve infermiere, alcune infermiere e ricoverati. Fino al 16 giugno erano stati accertati 38 casi e altri 67 erano sotto osservazione. (« Journ. A. M. A. », 22 giugno 1935).

Il Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia comunica:

In conformità delle istruzioni impartite dal Segretario Federale dell'Urbe circa le norme di attuazione del R. Decreto relativo al Sabato Fascista, informo che a partire da sabato 6 luglio 1935-XIII i titolari degli Studi Professionali dovranno lasciare ai proprî dipendenti libero il pomeriggio del sabato. Il segretario: prof. Giovanni Perez.

È stata eseguita un'inchiesta sulla professione medica a Budapest, che, tra le capitali europee, ha la maggiore densità di medici: 35 ogni 10.000 abitanti, contro 25 a Vienna, 15 a Berlino ecc. La pletora è dovuta al gran numero di diplomati negli ultimi anni; difatti il 40 % dei medici non raggiunge 40 anni. Questa immissione non è stata utile ad alcuno. La situazione è aggravata dal fatto che, a causa della crisi, molti medici anziani, i quali avevano rinunziato alla professione, tornano ad esercitarla. Durante una settimana, in cui durò l'inchiesta, 400 medici non fecero alcuna visita. La metà dei medici di Budapest guadagna meno di 2000 penghi l'anno (7000 lire it.) e vive in case che non contano più di 4 ambienti.

Si annunzia dalla Russia che sono in via di attuazione forti restrizioni al divorzio e al controllo delle nascite; si farà anche obbligo di provvedere gli alimenti ai figli naturali, e per chi vi si sottrae, sono previste pene pecuniarie e la prigione.

In Russia il Governo ha vietato alle amministrazioni comunali di emettere buoni finanziari per regolare i pagamenti, il che ha indotto molti Comuni a ridurre il personale delle scuole e degli ospedali; in alcuni distretti scuole e ospedali sono stati chiusi.

Si è organizzato in Germania un treno speciale di soccorso, che può portarsi rapidamente nelle località ove sono avvenuti disastri gravi ed imprevisti, come inondazioni, terremoti ecc. Il treno dispone di materiale sanitario, apparecchi radiologici, strumentario chirurgico, viveri ecc. e trasporta del personale specializzato.

Il Granducato del Lussemburgo ha emesso una serie di francobolli a favore del Comitato internazionale di soccorso agli intellettuali. La serie comprende 15 francoboli, il cui valore va da centesimi 5 a franchi 20 (valuta lussemburghese); vengono venduti al doppio del loro valore nominale: l'importo per l'affrancamento è percetto dal Governo del Lussemburgo e una somma uguale è destinata a favore del Comitato. I francobolli sono vendibili, oltre che negli Uffici postali del Lussemburgo e presso i negozianti di francobolli, dal « Comité international de Secours aux Intellectuels » (Section philatélique), rue J. A. Gautier 7, Genève, Svizzera.

Si tratta di un'emissione unica nel suo genere e che costituisce un avvenimento nella storia della filatelia.

Fra gli espositori alla 1ª Mostra sociale di arte e di tecnica fotografica, dell'Associazione fotografica romana dilettanti, figuravano parecchi medici, fra cui i proff. Francesco Valagussa, Epimaco Leonardi, Antonio Di Vestea, Azeglio Filippini. Il prof. Leonardi, oltre alle fotografie artistiche, ha esposto anche un'interessante serie di fotocheratoscopie, che dimostrano l'utilità di questa nuova applicazione della fotografia alla medicina.

La « Revue Médicale de la Suisse Romande » ha pubblicato un numero speciale, in data 25 giugno, dedicato alla memoria del prof. Ernest Kummer (1861-1933), il quale insegnò a Ginevra per 16 anni medicina operatoria e patologia chirurgica e per altri 16 anni clinica chirurgica. Il numero, di oltre 200 pagine, comprende 13 memorie ed è corredato di figure e di tavole fuori testo.

L'Accademia di Medicina di Parigi nella seduta del 2 luglio e la Società nazionale di chirurgia di Parigi nella seduta del 26 giugno hanno votato degli ordini del giorno — provocati da disposizioni di una Cassa d'assicurazioni sociali — per dichiarare inaccettabile ogni restrizione del segreto professionale medico.

Si è aperta una sottoscrizione per erigere un monumento a Ramon y Cajal, opera dello scultore J. Cristóbal, nella Città universitaria di Madrid.

È morto improvvisamente a Napoli il prof. GUGLIELMO ASCIONE, aiuto nell'Istituto d'Igiene e incaricato dell'insegnamento di batteriologia in quella Università.

Lascia importanti studî scientifici.

Notevoli sono le ricerche su di una *Streptothrix* termofila, riconosciuta patogena solo per le sue endotossine; le esperienze sul vibrione detto di Casamicciola, dalle quali è derivata una piena conferma alle concezioni di Sanarelli, impiegando un vibrione non colerico; quelle relative alle azioni di antigeni accoppiati a sostanze per se stesse non antigene; i rilievi su di un'epidemia dissenterica in un manicomio. Di recente hanno destato interesse le ricerche compiute dall'Ascione in collaborazione di E. Mariotti sulla filtrabilità dei parassiti malarici (ce ne siamo occupati anche in questo periodico). Altre ricerche riguardano l'acqua potabile, il suolo ecc. Si tratta di un'attività scientifica segnata di originalità. Egli era molto stimato per il sapere e molto benvoluto per il carattere. L. V.

È morto ancora giovane il prof. ROBERT PROUST, il quale era succeduto al suo maestro J. L. Faure nella cattedra di clinica ginecologica all'Ospedale Broca di Parigi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Arch. per le Sc. Med., feb. — M. COPPO e P. FRUGONI. Rapporti tra ormone paratiroideo e vitamina D. — A. POZZAN. Milza e crescenza.

Ann. d'Ig., gen. — F. LOMBARDO. Virus esantematico del Mediterraneo nei cani. — C. MAGLIANO. Epidemia circoscritta di febbre tifoide di origine idrica. — L. BENUSSI. Focolai di febbre ondulante da « Brucella melitensis ». — A. S. GENTILUCCI. Pseudo-rabbia.

Bull. Ac. Méd., 19 feb. — R. VILLANOVA e P. CANALIS. Il silicio nell'immunità contro la tbc. polm. — CLERC e al. Evoluzione della dissociazione auricolo-ventricolare.

Proc. R. Soc. Med., feb. — Discussione sulle cure antenatali. — Casistica.

Wien. Klin. Woch., 1 mar. — V. HIESS. La profilassi in ostetricia.

Deut. Med. Woch., 1 mar. — ASSMANN e DEMBOWSKI. Epidemia di tifoide originata da una latteria. — HAUER. Intossicazione da chinina e idrosincrasia alla chinina.

Klin. Woch., 2 mar. — G. FRONTALI. Fosfatemia e rachitismo. — F. LINNEWEER. Il sangue normale contiene creatina?

Ginecologia, gen. — M. MASSAZZA. Colpite enfisematosa. — E. ROBECCHI. Funzionalità epatica in gravidanza. — G. CALDERINI. Inversione totale dell'utero puerperale mantenutasi quattro mesi.

Brasil-Med., 19 gen. — F. A. DE MOURA CAMPOS. Vitamina B e tiroide. — A. BALENA. Giardiosi biliare.

Giorn. di Cl. Med., 10 feb. — F. VANNUCCI. Sindrome di Simmonds e terapia preipofisaria.

Practitioner, mar. — Numero semi-monografico sulle anemie.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — Numero di pediatria.

Pathologica, 15 feb. — G. ZOLEZZI. Azione del rosso Congo sull'apparato emopoietico. — A. COSTANTINI. Azione della luce filtrata attraverso schermi colorati sul processo di guarigione delle ferite.

Paris Méd., 2 mar. — Numero di venereologia.

Edinb. Med. Journ., mar. — Numero sulla tbc.

Lancet, 2 mar. — A. ABRAHAMS. Aspetti fisici delle malattie psichiche. — K. C. EDEN. Encefalopatia da piombo.

Br. Med. Journ., 2 mar. — J. FRASER. Malattie della circolazione nelle estremità.

Haematologica, Arch., II. — G. PELLEGRINI. Meccanismo d'azione della trasfusione di sangue. — L. MARTINO. Genesi delle piastrine. — A. COLARIZI. Agranulocitosi.

Rass. Intern. di Cl. e Ter., 15 feb. — V. M. BUSCAINO e V. LONGO. Azione ipotensiva dell'autoemoterapia. — L. CASANO PAPI. Atebrin e atebrinplasmochina nella malaria.

Minerva Med., 8 mar. — L. FERRANNINI. Reticoloendoteliosi spleno-epato-megalica. — G. OLIVA e F. MASSINELLO. Difesa antitiroxinica del sangue d'individui normali ed epatopazienti. — R. LO CASCIO. Ipoglicemia da insulina e da guanidina.

Med. Welt, 2 mar. — H. DEKKER. Trattam. delle malattie allergiche, specialmente dell'asma. — E. HOLSTEIN. Pericoli delle cure dimagranti.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. **A. POZZI, Resp.**

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 29 Luglio 1935 - XIII Num. 30

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA

Un caso di fistola epato-polmonare.

Prof. RAFFAELLO SILVESTRINI, direttore

Presento oggi un giovane di 18 anni, T. Crispolto, di Bettona, entrato in Clinica il 20 novembre u. s. per itterizia, tosse, astenia.

Un nonno del paziente è morto per cirrosi di *Morgagni-Laennec*, i genitori sono viventi e sani: la madre a 17 anni ha sofferto di pleurite essudativa guarita senza reliquati. Una sorella è morta di pochi mesi d'età per broncopolmonite. Il nostro ammalato ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia: ha avuto però un buon sviluppo fisico e psichico. Tre anni or sono ha contratta — al dire dei parenti — una infezione tifoide, che è stata piuttosto grave e si è protratta oltre un mese. Circa un mese dopo sfebbrato ha cominciato ad aver tosse, con accessi che venivano di giorno come di notte, con abbondante espettorazione: mai emottisi, mai febbre, mai sudori notturni. I fatti bronchiali malgrado le cure, da allora sono rimasti, ora diminuendo, ora aumentando d'intensità. Nel maggio 1933 una mattina il paziente ebbe abbondante emottisi; nei giorni successivi i famigliari cominciarono ad accorgersi che aveva gli occhi gialli e gialla la pelle. L'escreato assunse colorito giallo, le urine si fecero scure e le feci biancastre. L'itterizia perdurò poi sempre con oscillazioni non forti.

Vedete qui un giovinetto di normale costituzione scheletrica, di altezza quale può essere l'altezza media per la sua età, in stato di nutrizione assai buono. La cute è manifestamente di colorito itterico ed appare leggermente edematosa; l'infermo non accusa prurito cutaneo. Decubito indifferente, sensorio integro. Respirazione ritmica, di frequenza normale, a tipo prevalentemente costale. Polso piccolo, molle. Respir. 20. Puls. 80. Temperatura nei giorni di degenza in Clinica ha oscillato da 36°,8 a 37°,5.

Alla *faccia* specialmente appare la succolenza della cute già accennata: le sclerotiche sono gialle; la lingua piuttosto arida. Colla tosse il paziente emette escreati mucosi tinti in giallo e materiale più fluido intensamente giallo.

Nulla di notevole al *collo*.

Il *torace* ben conformato si espande un po' meno nella parte inferiore destra: qui il fremito vocale è aumentato, qui posteriormente nell'angolo della scapola in basso si ha riduzione di suono e si ascoltano in questa zona, insieme con respiro aspro e scarso, ronchi, sibili, rantoli a grosse, medie e piccole bolle. Limite superiore dell'aia epatica alla V sulla emiclavicolare destra; limite superiore dell'aia splenica alla VII sulla emiascellare sinistra.

Cuore nei limiti: nulla all'ascoltazione.

Notevole rilievo si apprezza in corrispondenza dei quadranti superiori dell'addome più notevole a destra; si osserva anche assai manifesto sulla parete dell'addome il reticolo venoso superficiale. Colla palpazione lieve si valuta un aumento di resistenza nei quadranti superiori dell'addome; con la palpazione più profonda, che non dà molestia al paziente, si palpa il fegato assai ingrandito che raggiunge a destra in prossimità dell'ombellico col suo margine arrotondato e duro l'ombellicale trasversa. Il fegato a superficie liscia è ingrandito *in toto*. La milza fuoriesce col suo polo anteriore per due dita trasverse dall'arco costale: ha margine arrotondato ed è dura.

Lo stomaco è in limiti normali.

Le feci sono ipocromiche con oscillazioni nel grado.

Le urine sono di solito intensamente colorate: in quantità giornaliera di cc. 800-1200.

Sensibilità integra

Prima di esporvi tutte le ricerche praticate su questo ammalato dirò brevemente del decorso del male fino ad oggi, quale l'abbiamo osservato in Clinica.

In un primo periodo il paziente si è mantenuto apirettico: qualche lieve e fugace elevazione termica seguiva le iniezioni endovenose di arsenobenzoli, che si vollero fare malgrado la risposta negativa della prova del *Wassermann*. Ai primi di febbraio cominciarono a comparire elevazioni termiche quotidiane, lievi (37°,3-37°,5), serotine, in coincidenza col manifestarsi di tumefazione e dolore in corrispondenza del ginocchio e del piede a sinistra. Il peso è andato sempre aumentando: da Kg. 48,500 al momento dell'ingresso in Clinica dopo un mese e mezzo era salito a 50,300; forse l'aumento dovuto ad aumento dell'edema, sebbene perdurassero buone le condizioni generali e il paziente avesse sempre buon appetito.

Il giorno 25 gennaio è stata eseguita una iniezione endotracheale di 50 cmc. di lipiodol al 40 %. Subito dopo l'iniezione l'escreato fino allora d'aspetto biliare è divenuto assai più scarso e biancastro: tale si è mantenuto per due giorni; al 3° giorno si è verificata una emottisi lieve ed immediatamente dopo l'escreato ha ripreso l'aspetto che aveva prima, aumentando di quantità. Il dolore all'articolazione del ginocchio sinistro ed a quella tibio-astragalica dello stesso lato tuttora permane.

L'appetito è diminuito in questi ultimi giorni. Si son dati colagoghi, balsamici.

L'*esame dell'escreato* è stato negativo per la presenza di bacillo di Koch, ricerca fatta anche adoperando metodi d'arricchimento; negativo per presenza di parassiti animali, per uncini, fragmenti di cisti d'echinococco; abbondanti sempre i pigmenti biliari.

Anche l'*esame delle feci* è stato negativo per presenza di uova d'elminti, per parassiti animali. Sempre una certa quantità di stercobilinogeno anche nelle feci che apparivano più scolorate.

Sempre intensa la reazione dei pigmenti biliari nelle *urine*: assenza d'albumina, di glucosio, non elementi renali nel sedimento.

L'*esame del sangue* non ha mostrato anisocitosi o poichilocitosi; reticolociti in quantità normale. Neutrofili 69, eosinofili 5,5, monociti 14,5, linfociti 11.

Colla *puntura del fegato* si è estratto sangue.

Negativa la *reazione del Wasserman*.

Negativa la *Von Pirquet*.

Positivo il *segno del laccio*.

Il *sondaggio alla Einhorn* ha fatto retrarre liquido mucoso filante, poco corpuscolato, incoloro.

La *colecistografia* praticata dopo iniezione endovenosa di iodotetragnost non ha rivelato affatto l'ombra della cistifellea.

La *radiografia* del ginocchio sinistro ha fatto notare una lieve rarefazione dei capi articolari, ispessimento della capsula, aumento della cavità articolare.

Un primo esame del torace eseguito il 22 novembre mostrò: rinforzo della trama bronco-vascolare, con prevalenza del fattore bronchiale (probabilmente da bronchite cronica), aumento di dimensioni dell'ombra epatica con bordi superiore ed inferiore netti e regolari, tanto da poter escludere la presenza di formazioni cistiche a carico del fegato (Bellucci).



Un secondo esame eseguito il 5 gennaio 1934 mostrò invariate le condizioni del fegato e quelle del torace per ciò che si riferisce alla sindrome bronchiale: fu notata invece in questo secondo esame la presenza di segni di lieve versamento pleurico destro (Bellucci)

Un terzo esame è quello ricordato, dopo l'iniezione endotracheale di lipoiodol. In questo esame è apparso ciò che dimostra la figura che vi presento: iniezione dell'albero bronchiale e discesa del lipoiodol per un tenue tramite che parte dall'opacità bronchiale fino nel centro dell'opacità epatica.

Questo ragazzo presenta dunque una serie di sintomi che richiama la nostra attenzione sull'apparato respiratorio, ed un'altra serie di sintomi che ci induce a ricercare il modo di

produzione dell'ittero così palese nell'ammalato. Cominciamo dall'*ittero*. Dovremmo determinare subito se si tratti di un *ittero emolitico* o di un *ittero da ritenzione*: ma questa differenziazione è sempre possibile o almeno queste due forme d'ittero son sempre separabili con un taglio netto? Quando (lo Stadelmann l'ha dimostrato) nell'ittero emolitico una quantità di pigmento si riassorbe dalle vie biliari, perchè la troppa densità della bile fabbricata in quantità eccessiva si oppone alla sua scorrevolezza, questa bile non passa forse nel sangue per le stesse vie che segue quando esiste un ostacolo nelle vie biliari, un calcolo, un tumore? E quando come in certi casi di cirrosi epatica con ittero si trova nel sangue una certa quantità di reticolociti, oltre che al difficoltato deflusso per ostruzione di vie biliari, non si deve dare importanza anche alla maggiore formazione di bile per aumentata distruzione globulare? L'ipercromia delle feci, l'urobilinuria, la fragilità globulare, la presenza di reticolociti in quantità, l'ipoglobulia, la mancanza di ritenzione di sali biliari e dei sintomi relativi, son tutti caratteri che invocherete per la diagnosi d'ittero pleiocromico: l'ipocolia, l'acolia delle feci, la colorazione biliare delle urine, il prurito cutaneo, la reazione d'Hijmans Van der Berg direttamente positiva, il reperto semeiotico di condizioni tali da costituire ostacolo al deflusso biliare saranno invece tutti argomenti a favore della diagnosi d'ittero da ritenzione. Ma ci sono itteri — ed insieme cogli allievi Bottelli e Meoni avevo già constatato il fatto in casi d'ittero grave nel periodo di guerra — in cui l'infermo muore intensamente itterico senza che le feci siano ipercromiche, senza che le urine siano cariche di pigmento biliare, senza che all'autopsia si trovino ostacoli nelle vie biliari, senza che si vedano segni di irritazione, d'alterazioni di queste vie anche esplorando nelle varie zone del fegato le più piccole diramazioni biliari. Così non si trova ristagno di bile nelle vie biliari apparentemente indenni nell'atrofia giallo-acuta del fegato quando anche l'infermo muore con una intensa itterizia. Non solo, ma chi ha avuto occasione di seguire il decorso clinico in casi d'ittero grave sa che a un periodo, in cui si trovano feci ipercromiche e urine color malaga, può seguire un periodo in cui le feci sono manifestamente ipocoliche o acoliche e l'urine sono assai meno colorate... questi sintomi sono accompagnati da un aggravamento delle condizioni generali e l'ammalato muore. Ho detto che l'autopsia dimostra in casi consimili integrità delle vie biliari, anche delle minime; l'esame istologico del fegato non sempre rivela accumuli leucocitari attorno a queste minime vie quali son stati segnalati; ho preparati d'un caso, in cui questi accumuli non esistono e la cellula epatica è profondamente alterata per profonde lesioni, protoplasmatiche e per lesioni nucleari. Tutto ciò deve darvi la persuasione che gli *itteri* chiamati *epatici* dal Retzlaff, itteri dovuti ad alterazione delle vie intracellulari che segue la bile per riversarsi nei minimi capillari biliari, esistono realmente e sono da aggiungersi agli *itteri emolitici* ed agli *itteri da ritenzione*.

Poche parole sulla possibilità di *colorazioni simiitteriche* non dovute a pigmenti biliari. In pazienti nei quali si ha una rapida distruzione globulare, quindi rapida liberazione di una notevole quantità di emoglobina, si può osservare un colorito giallo della cute e delle sclerotiche senza che esistano pigmenti biliari nelle urine o quando ancora non esistono pigmenti biliari nelle urine. Anche nei conigli resi emoglobinurici coll'iniezione sottocutanea di glicerina si vedono le sclerotiche gialle quando ancora le urine non danno la reazione dei pigmenti biliari. Così per assunzione di certi pigmenti coi cibi, nella cosidetta carotinemia, si può osservare una colorazione gialla della cute e delle mucose. In certi miei scritti ormai d'antica data ho dimostrato la possibilità della fissazione di certe sostanze coloranti nel tessuto adiposo. È questo tessuto che si colora in rosso negli animali a cui si faccia ingerire commisto ai cibi il rosso Sudan III, sostanza che il compianto L. Daddi introdusse nella tecnica istologica: è questo tessuto che ha pure un'affinità speciale per l'emoglobina, per speciali pigmenti che provengono dall'emoglobina e per gli stessi pigmenti biliari. Ho ricordato altra volta l'intensa pigmentazione gialla del grasso presentata da un individuo morto per un'anemia grave a tipo pernicioso; in una mia nota ho pur dato notizia della intensa colorazione che assume il grasso dei conigli, in cui si sia prodotta emoglobinemia ed emoglobinuria coll'iniezione di glicerina.

Una questione molto grave, che troverete estesamente trattata nella relazione dello Zoja sulle itterizie fatta al Congresso di Medicina Interna del 1922, è quella relativa alla possibilità di trasformazione diretta dell'emoglobina in bilirubina senza l'intervento diretto del fegato, relativa al cosidetto *ittero anaepatogeno* o *anaepatocellulare*. La possibilità di una trasformazione diretta dell'emoglobina in bilirubina al di fuori della cellula epatica fu già affermata dal Quincke che l'osservò nei vecchi focolai emorragici, e trovò bilirubina ed urobilina nel tessuto cellulare sottocutaneo, dove aveva prima iniettato sangue defibrinato.

Questa dottrina, quasi caduta in abbandono dopo il classico lavoro dello Stadelmann, è stata poi ripresa in esame sia in quanto emoglobina potrebbe esser trasformata in pigmento biliare da altri elementi cellulari oltre che dalle cellule epatiche e specialmente dal tessuto reticolo-endoteliale (Aschoff) sia in quanto emoglobina liberatasi in circolo dai corpu-

scoli rossi sarebbe capace di trasformarsi in bilirubina senza l'intervento d'una qualunque azione cellulare (Widal, Abrami e Brulé).

Che in stravasi sanguigni intratissulari o intracavitari si possa avere la trasformazione diretta dell'emoglobina in bilirubina ed in urobilina mi sembra tal fatto da accettarsi ormai come dimostrato dopo i reperti avuti da tanti ricercatori, sebbene lo Zoia nella sua relazione sull'itterizia sollevi qualche dubbio sulla individualizzazione dei pigmenti designati come derivati direttamente da sangue stravasato.

A dimostrare che le cellule del reticoloendotelio possano compiere la trasformazione dell'emoglobina in pigmento biliare si sono bloccati con sostanze diverse gli elementi stessi e si è visto che producendo un'emoglobinemia in animali bloccati e non bloccati nei primi (Lepehne) o non si produce ittero o si produce assai più lieve. Al che obbietta logicamente lo Zoia che il blocco del reticolo endotelio in quell'esperimento non porta di necessità a concludere per una deficiente attività del reticoendotelio a formare pigmento biliare perchè potrebbe per il blocco avvenire una minore preparazione d'emoglobina o di quei materiali di derivazione globulare, che portati al fegato dovrebbero esser impiegati per la formazione di pigmento biliare.

Che sia possibile il passaggio d'emoglobina o bilirubina anche senza l'intervento della cellula epatica, oltre che dalle osservazioni sopraricordate e dalle ricerche del Froin, è provato dal Mc Nee, il quale trovò pur traccie d'itterizia nelle oche senza fegato avvelenate con idrogeno arsenicale mentre Naunyn e Minkowski avevano asserito non prodursi itterizia affatto in oche senza fegato trattate nello stesso modo: è provato dalle esperienze di Wipple ed Hooper, i quali in cani con esclusione del fegato dal circolo videro producendo emoglobinemia avvenire rapidamente la trasformazione dell'emoglobina in bilirubina; dalla ricerca di Hijmans v. d. Berg che portò a ritrovare negli essudati emorragici delle sierose una quantità di bilirubina superiore a quella del sangue...

Lo Zoja obietta: bisogna vedere se i pigmenti ritrovati sono proprio pigmenti biliari, bisogna vedere se nei versamenti emorragici non si tratti di fenomeni di accumulo, riversandosi in cavità la bilirubina del sangue e non venendo riassorbita...

Si, tutto questo per essere scientificamente severi: ma quando si ammette trasformazione d'emoglobina in pigmenti che, se non sono proprio biliari, sono ai pigmenti biliari tanto vicini da essere così difficilmente riconoscibili, perchè non si deve ammettere anche la possibilità d'una trasformazione in pigmento biliare?

L'ammettere questa possibilità non vuol dire che nella iperproduzione di pigmento biliare in seguito ad abbondante distruzione di emazie, si debba pensare il pigmento biliare prodottosi senza l'intervento del fegato. Nell'ittero da esagerata emolisi la bile che passa in abbondanza nell'intestino proviene da un fegato iperfunzionante quanto alla sua funzione biligenetica come si può dimostrare negli animali in cui si sia prodotta emolisi, anzi questa esagerata attività può andare a scapito di altre funzioni della cellula epatica, secondo l'insegnamento tratto da certi casi clinici, in cui ricorsero insieme emoglobinuria e glicosuria.

Data la distruzione globulare esagerata, data la liberazione d'emoglobina, fenomeno che può prodursi in circolo per intossicazione o in un organo, ritenuto normalmente distruttore d'una certa quantità di corpuscoli rossi, nella milza (come dimostrano le guarigioni di itteri emolitici ottenute colla splenectomia) la sorte di questa emoglobina è sempre la stessa? non ci sono forse anemici che per distruzione globulare arrivano fino ad anemie gravissime senza mai esser stati itterici? e non si sa forse che in cadaveri d'individui, i quali hanno più volte avuto attacchi d'emoglobinuria non si ritrovano i tessuti così impregnati di pigmento contenente ferro, come si possono ritrovare invece in cadaveri d'individui morti per anemia grave a tipo progressivo? e non si conoscono forse veleni che distruggono sangue e danno luogo a pigmenti, che non sono pigmenti biliari? e da emoglobina liberatasi per distruzione globulare non si deve pensare che si possa formare rapidamente emosiderina, prontamente eliminabile per i reni, come nei casi di emosiderinuria descritti da Marchiafava e Nazari, Sisto, Micheli... e in quello illustrato, recentemente dal Lolli?

Relativamente agli itteri, avrete forse notizia della reazione proposta dal Brugsch: la iniezione intracutanea di ferrocianuro di potassio produrrebbe quando esiste ferro nella cute degli itterici una colorazione bleu.

Con questa reazione il Brugsch ha creduto poter fare una distinzione fra ittero ed ittero: ma si è veduto, e lo stesso Brugsch lo ha riconosciuto, che colorazione bleu si produce anche con bilirubina pura, priva di ferro. Il Brugsch ha richiamato anche l'attenzione sulla colorazione varia degli itterici: itteri verdi, itteri gialli, itteri neri: ed ha veduto talora così completa la trasformazione della bilirubina in biliverdina da non ritrovarsi più nel sangue la reazione diretta di Hijmans v. d. Berg. Questo fatto potrebbe anche deporre per un passaggio in circolo del pigmento già trasformato; però la conoscenza degli *itteri parziali o localizzati* fa pensare alla importanza degli elementi dei tessuti per l'assorbimento, la trasformazione o la distruzione dei pigmenti biliari, e quindi all'azione nervosa regolatrice della funzione di questi elementi così manifesta negli *emitteri degli emiplegici*.

Dopo aver ricordato qualche nozione sugli itteri e quesiti non ancora risolti che vi si riferiscono, esaminiamo l'ittero del nostro caso.

Non è un *ittero emolitico*. Le feci acoliche e ipocoliche, la colorazione delle urine, la reazione d'Hijmans v. d. Berg diretta e indiretta nel siero di sangue, pur mancando in questo infermo il segno del prurito cutaneo, son tutti caratteri, dell'*ittero da ritenzione*. Ma, secondo la Scuola Francese, anche quando l'escrezione della bile è perturbata nella stessa cellula epatica che la fabbrica, quando cioè si tratta di un *ittero epatogeno*, siamo nel campo della ritenzione biliare, direi meglio della viziata espulsione biliare. Si ha forse qualche intoppo di canalizzazione nell'ittero infettivo? e non è ormai noto che in tanti itteri battezzati come aventi origine angiocolitica in realtà l'angiocolite è mancata o non è stata ritrovata tale da occludere grosse vie biliari, da ostacolare insomma il defluire della bile nell'intestino? e non si citano casi dagli AA. francesi in cui neppure alla modificazione della bile, alla sua minore scorrevolezza poteva attribuirsi il riassorbimento del materiale biliare, perchè la bile fu trovata normale e scorrevole? Gli AA. francesi per questi fatti ammettono trattarsi d'*ittero epatogeno* anche quando esiste angiocolite, ammettono cioè che il riassorbimento del materiale biliare avvenga dalle vie intracellulari, che dalla cellula epatica se ne faccia una immisione diretta nelle vie sanguigne; ma questa concezione è certamente troppo assoluta, troppo unilaterale. Ricordo casi di angiocoliti gravi veduti al tavolo anatomico, nei quali la modificazione delle pareti dei canalicoli biliari, la quantità di pus ivi raccolta potevano veramente dar ragione di un difficoltato deflusso biliare e del riassorbimento della bile: uno di questi casi, che *intra vitam* aveva presentato febbre elevata a tipo intermittente, mostrò all'autopsia angiocolite diffusa con vere raccolte, veri accumuli di pus in vari tratti sfiancati delle stesse vie, a dar l'impressione di un fegato costellato da tante piccole raccolte ascessuali. E quando col sondaggio duodenale in casi con diagnosi d'angiocolite si raccolgono leucociti in quantità, talora riuniti in masserelle cilindriche quasi tappi espulsi dai canalicoli, dove i tappi stessi si erano formati, come non ammettere la possibilità d'un ristagno biliare? e quando l'ittero insorge in seguito a turbe intestinali perchè voler negare, come negano certi AA. francesi, la possibilità di una ostruzione delle vie biliari per infezione ascendente? e quando in questi casi man mano che l'ittero compare si apprezza un maggior turgore della cistifellea come non ammettere un ristagno per ostruzione da flogosi dell'ultimo tratto delle vie biliari?

Non pensate perciò che io disconosca l'importanza della genesi intracellulare per tanti casi d'ittero: vi ho già detto anzi che di questo meccanismo di produzione dell'ittero posso dire d'aver avuto in certi casi le prove. Vi dirò di più. Non credo nemmeno che il perturbamento della cellula epatica perchè avvenga il riassorbimento da vie intracellulari debba necessariamente esser profondo; questo riassorbimento si può avere anche per danni riparabili e rapidamente riparabili. In ciò mi schiero cogli AA. francesi. Ho già accennato al reperto in casi d'itteri spirochetici gravi; nelle forme lievi, se il fattore angiocolitico deve esser escluso com'è da escludersi nella forma grave, convien ammettere che l'ittero si produca anche per perturbamenti facilmente riparabili della cellula epatica. Questo hanno sostenuto Widal ed Abrami. Anche a me è accaduto di osservare un caso d'ittero lieve in un uomo giovane che poteva dirsi guarito in una quindicina di giorni; quest'uomo stravizió nella sua convalescenza, ricadde ammalato, morì per ittero grave.

C'è dunque sicuramente molta verità nella interpretazione di certi itteri data dalla Scuola francese, ma non si può in modo assoluto rifiutare sempre come causa l'angiocolite, per la quale si producono gli stessi effetti dati da un calcolo ostruente, o da un tumore comprimente dallo esterno un grosso canale biliare.

Nel nostro caso — ricordate — una malattia diagnosticata come *tifoide tre anni or sono*, inizio d'una *tosse insistente con abbondante espettorazione* circa un mese dopo la caduta della febbre: a distanza di mesi *emottisi copiosa* e dopo d'allora *espettorazione biliare* ed *itterizia*: insieme colla comparsa dell'ittero *scolorazione delle feci ed urine color malaga*. Un ittero dunque intervenuto rapidamente insieme colla cessazione o con una grande limitazione del deflusso di bile nello intestino e colla comparsa d'una quantità di materiale biliare negli escreati. Perchè, se si può in un itterico avere una certa colorazione degli escreati per pigmenti secreti col secreto bronchiale, non si deve ammettere che questo avvenga nel caso nostro: è troppo il pigmento e, se ben osserviamo, vediamo gli escreati assai meno colorati del materiale più fluido in mezzo al quale si trovano. Qui c'è una comunicazione delle vie biliari colle vie bronchiali. Questo che già si poteva affermare e che affermai a un primo esame dell'escreato è stato dimostrato dalla radiografia fatta dopo l'iniezione endotracheale di *lipoidol* praticata dal tanto cortese quanto valente collega Ferreri. La comunicazione deve essere avvenuta dopo la prima emottisi; da quando la bile ha preso la via dei bronchi, le vie rimaste pervie che permettevano il suo deflusso anche in un fegato offeso, si sono andate ostruendo. Con questo scarico per via bronchiale potreste spiegarvi la mancanza del prurito cutaneo dovuto agli acidi biliari; potre-

ste pensare che un certo ristagno biliare c'è, un certo riassorbimento c'è che vi spiega l'ittero, ma quest'ittero non è di tal grado da armonizzare colla scolorazione delle feci, quindi possibile una certa relatività anche nel riassorbimento di sali biliari.

E il tumore di fegato? e l'ingrandimento della milza? Questi fatti — potrebbe obiettarmi qualcuno di Voi — non suggeriscono piuttosto la genesi epatogena di quest'ittero? non dà forse ragione questo caso alla dottrina della Scuola Francese?

Potrei accogliere quest'obiezione se l'ittero non fosse comparso rapidamente dopo l'emottisi: per il fatto che ha prodotto l'emottisi si sono istantaneamente variate le condizioni di canalizzazione di questo fegato, la bile ha cominciato a riversarsi per i bronchi, ma in modo direi insufficiente così da aversi subito un certo ristagno ed un certo riassorbimento biliare. In quale relazione potremmo mettere un ittero insorto in modo brusco per alterazione primitiva delle cellule epatiche coll'emorragia e il susseguente riversarsi di bile nelle vie bronchiali? Noi vediamo quest'ammalato a parecchi mesi di distanza da quell'evenienza e troviamo un fegato grosso, duro, una milza aumentata di volume: quest'aumento della milza, diciamolo subito, neppure è spiegabile con quell'aumento di distruzione globulare, che può esser causa di aumento del volume splenico in certe itterizie. Là dove c'è ristagno di materiale biliare può avvenire ciò che accade là dove c'è ristagno di sangue venoso; irritazione delle vie biliari e del tessuto circostante nel primo caso come irritazione delle vene e del tessuto circostante nel secondo. È insomma avvenuto in questo fegato, dove c'è ristagno di bile, ciò che accade in un fegato di stasi con stasi biliare di lunga data per calcolosi biliare.

Permettetemi ora di trattare la parte relativa alla lesione dell'*apparato respiratorio*. Dalla trattazione di quest'argomento sarà illustrata la relazione della lesione polmonare colla lesione epatica, e così completata la diagnosi. Nessun dubbio sopra una bronchite a destra, più estrinsecata nel lobo inferiore del polmone: la radioscopia fatta in un certo periodo del decorso del male ha rilevato anche una piccola quantità di liquido endopleurico, segno certo di una compartecipazione pleurica; la radioscopia dopo l'iniezione di lipoiodol ha dimostrato ectasie nelle diramazioni bronchiali e un tramite che muovendo da un bronco va a terminare a destra nel bel mezzo dell'ombra epatica.

Ogni ricerca del bacillo del Koch ha dato resultato negativo. Il quesito che si offre subito è questo: la lesione primitiva quale è? quella bronchiale o quella epatica? Se avessimo segni per poter ammettere l'ascesso polmonare, potremmo anche avanzar l'ipotesi di un ascesso della base polmonare destra, aderenza della pleura viscerale alla pleura diaframmatica, erosione dei foglietti pleurici, del diaframma, periepatite, erosione del parenchima epatico... Ma non c'è ascesso, non c'è tubercolosi: quali cause d'origine bronchiale o polmonare possiamo immaginare capaci di produrre una comunicazione delle vie bronchiali colle vie biliari?

E non bisogna dimenticare che la sintomatologia bronchiale fu preceduta d'un mese da un periodo di febbre diagnosticata tifoide. Voi sapete che dopo una tifoide si hanno talora processi suppurativi, che questi ascessi, possono prender sede nel fegato (ricordate anche gli ascessi epatici d'origine appendicolare): non sarebbe davvero una strana ipotesi quella d'un ascesso epatico postifico del lobo destro del fegato, nella parte alta, sottodiaframmatica, un ascesso che avesse prodotto aderenza della cupola epatica col diaframma, e pleurite adesiva metaepatica e svuotamento dell'ascesso nel polmone dopo usurazione del diaframma. Vero è che questa diagnosi di tifoide fa buon giuoco, più spesso affermata che provata: quel periodo febbrile non potrebbe essere ascritto ad una epatite suppurativa, alla suppurazione per es. di una già esistente cisti da echinococco? Ma il paz. cominciò ad aver tosse ed espettorazione dopo un mese dalla cessazione del periodo febbrile: perchè questo periodo lungo afebbrile prima dell'apertura dell'ascesso nei bronchi? È dunque più razionale l'ipotesi di una suppurazione postifica, una di quelle suppurazioni che possono svolgersi in modo subdolo, senza un grande corredo di sintomi, anche ad una certa distanza di tempo dalla sofferta tifoide.

La comunicazione della cavità ascessuale coi bronchi è avvenuta probabilmente fino da quando con abbondate espettorazione è comparsa la tosse: in principio, fino al momento dell'emottisi, lo sputo non è stato biliare. Viene l'emottisi, lo sputo diventa biliare, contemporaneamente si scolorano le feci e cominciano a colorarsi le urine. Come spiegare tutto ciò se non ammettendo la rottura della cavità ascessuale di un grosso dotto biliare? La bile prende altra via, ma intanto — forse per l'avvenuto stravaso sanguigno, per la mancanza di *vis a tergo* — vengono a precludersi vie di ordinario deflusso così che arriva nell'intestino scarsissimo materiale biliare. Una bile, forse una bile non priva di germi, ristagna nel fegato, si ha il quadro, che già ho ricordato d'un epatite d'origine biliare. Ho detto: bile forse non priva di germi... La febbricola comparsa negli ultimi tempi, le artriti del ginocchio e del piede offrono argomento a sostegno di un processo infettivo.

Vi ho dato del difficile caso clinico la spie-

gazione che mi è apparsa la più razionale: termino rivolgendo a ognuno di Voi i versi d'Orazio:

... si quiquid novisti rectius istis
condidus imperti; si non, his utere mecum.

L'infermo è andato declinando nelle condizioni generali ed è morto il giorno 10 maggio 1934.

L'autopsia, eseguita dal collega Costa ha rivelato nel fegato una cavità a pareti anfrattuose: il fegato era aderente al diaframma e il diaframma aderente alla base del polmone destro: la cavità intraepatica era in comunicazione coi bronchi ectasici con vari tratti e contenenti concrezioni biliari.

La stasi biliare nel fegato era d'alto grado: molto connettivo neoformato attorno alla cavità, connettivo abbondante attorno ai canali biliari...

Ma lo studio istologico sarà pubblicato fra breve da un allievo dello stesso prof. Costa.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

POLICLINICO UMBERTO I
REPARTO « REGINA ELENA »

Sulle recenti acquisizioni nella cura del parkinsonismo encefalitico. (*)

Prof. GIUSEPPE PANEGROSSI.

Nell'aprile dell'anno scorso, per volere e particolare interessamento di S. M. la Regina, la Amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma disponeva che al Policlinico Umberto I venisse sperimentato uno speciale metodo di cura del parkinsonismo encefalitico con prodotti provenienti dalla Bulgaria e affidava a me l'esecuzione di questa prova.

Accettai l'incarico, fiducioso di poter giovare a questi infelici, di cui da anni seguivo scoraggiato le sorti e fiero di mettere a disposizione della beneamata Sovrana le mie modeste risorse di medico e di neuropatologo.

Il mio compito è stato tutt'altro che semplice: ma la preziosa collaborazione e la fiducia, di cui Sua Maestà si è degnata onorarmi, hanno di molto attenuato le non lievi fatiche e le responsabilità senza numero da me in un primo tempo incontrate ed oggi lo scopo è, si può dire, raggiunto.

Dopo un anno di studi, di osservazioni, di prove, la benignità della nostra Regina un altro onore ha voluto serbarmi: quello, cioè, di potere esporre dinanzi a sì nobile Consesso il modo onde l'esperimento si è svolto e i risultati con esso ottenuti.

Ciò premesso, entro senz'altro in argomento, prendendo le mosse dalla malattia che sono stato chiamato a curare e dai mezzi messi a mia disposizione per questo fine.

Circa la malattia sarò breve. Troppi problemi di ordine etiologico, patogenetico e anatomo-patologico intorno ad essa ancora si agitano, perchè possa qui esaminarli e discuterli. Poche parole sulla natura e la sintomatologia di questa affezione saranno, credo, sufficienti per comprendere quanto in seguito dovrò dire.

Col nome di « parkinsonismo encefalitico », o « postencefalitico », come da altri si preferisce chiamarlo, si è convenuto indicare una speciale sindrome nervosa che assai spesso riscontrasi negli individui in antecedenza colpiti da quella forma di encefalite (*encefalite letargica o epidemica*) che infierì negli anni 1919, 20 e 21, continuando poi a serpeggiare in forma sporadica fino al presente.

Siffatto nome è stato dato a questa sindrome per la sua rassomiglianza con una malattia nervosa da tempo nota sotto la denominazione di « morbo di Parkinson » — dallo scienziato inglese che per primo la individuò e descrisse — con la quale ha numerosi punti di contatto, pur differendone per non poche particolarità anatomo-patologiche e cliniche che fanno delle due malattie due entità nosologiche distinte. Tale diversità si conserva, come più tardi vedremo, anche di fronte alla cura.

Il parkinsonismo encefalitico venne in un primo tempo considerato come un « esito », un « postumo », dell'encefalite epidemica, mentre oggi, e con ragione, è ritenuto una « forma protratta » di questa malattia a evoluzione cronica e progressiva.

Encefalite epidemica e parkinsonismo encefalitico non sono tuttavia la stessa cosa. A base della prima è un processo infiammatorio più o meno acuto del sistema nervoso e specie del cervello: nel secondo predominano i fatti degenerativi. L'agente provocatore del parkinsonismo è anche più discusso di quello dell'encefalite (per alcuni tratterebbesi qui non di germi, ma di tossine). Totalmente diversa è nei due casi la cura.

Il parkinsonismo segue all'episodio encefalitico acuto, talora immediatamente, il più spesso a distanza di anni (perfino di 14 anni in un mio caso), dopo un periodo di più o meno completo benessere, e, una volta stabilitosi, eccezionalmente si è visto regredire, a volte rimane stazionario, il più spesso progredisce, fino a uccidere l'infermo per marasma o una malattia intercorrente.

Il parkinsonismo encefalitico si insinua per

(*) Conferenza tenuta al Quirinale il giorno 7 aprile 1935 alla presenza delle LL. MM. il Re e la Regina.

lo più in modo subdolo e senza cause apparenti. Il suo inizio brusco, però, dietro una causa occasionale qualsiasi, come la gravidanza, un trauma fisico o psichico, una malattia intercorrente, è stato pure osservato. Come pure può avvenire, che l'episodio encefalitico acuto passi inosservato, o manchi del tutto, e la sindrome parkinsoniana sia quella che apre la scena.

La sintomatologia con cui il parkinsonismo encefalitico si manifesta è polimorfa, come polimorfa è quella dell'episodio acuto che la precede, tanto che a ragione può dirsi che un malato non è eguale all'altro.

Essa presenta però delle note caratteristiche che permettono il più delle volte di far la diagnosi già a prima vista.

Fra queste note una delle più frequenti e importanti è costituita dalla *rigidità muscolare* che insieme *all'amimia* — cioè alla perdita dei movimenti espressivi — fa assumere al volto l'aspetto e la fissità di una maschera e al corpo l'immobilità di una statua, con la testa, il tronco, gli arti, in atteggiamenti più o meno viziosi. Questo naturalmente nei casi più gravi, chè, nei leggeri, tutto è più attenuato.

Alla rigidità muscolare altri sintomi d'ordinario si associano, i quali essenzialmente consistono: in una lentezza sempre crescente dei movimenti volontari (*bradicinesia*), fino alla loro completa abolizione (*acinesia*); in subitanei arresti dei medesimi, per cui un atto volontario resta a metà interrotto (*braditeleocinesia*); in un'attitudine del soggetto a conservare le posizioni attive e spontanee (*catatonia*) e a mantenere quelle che gli vengono passivamente impresse (*catalessia o flessibilità cerea*): nella lenta e stentata decontrazione dei muscoli (*fenomeno della troclea dentata*); nella perdita più o meno completa dei movimenti automatici e associati; nella mancanza di iniziativa e povertà di movimenti spontanei; in disturbi della marcia, caratterizzati sopratutto da « pulsioni »; in disturbi della parola e della voce, che, nei casi gravi, culminano nel mutismo completo; in disturbi della masticazione e della deglutizione e relativa difficoltà a nutrirsi, sino a rendere necessario, nei casi estremi, l'uso della sonda.

Tali sintomi sono d'ordinario generalizzati, con prevalenza in un lato del corpo: la loro localizzazione esclusivamente unilaterale, o quasi, è però tutt'altro che rara.

Un fenomeno apparentemente strano che si verifica spesso in questi pazienti e che è stato descritto col nome di *cinesia paradossa*, consiste in ciò, che, mentre i loro movimenti ordinari si compiono con grande lentezza, a volte estrema, quelli rapidi, come il correre, il ballare, l'andare in bicicletta, vengono eseguiti con agilità sorprendente.

Un altro gruppo di sintomi, caratteristico del parkinsonismo encefalitico, è quello dei così detti *fenomeni ipercinetici*, cui appartengono, il *tremore*, i *tics*, gli *spasmi muscolari*.

Il *tremore*, che riscontrasi costantemente in siffatti pazienti, varia molto da un caso all'altro, per localizzazione, carattere, intensità. Quest'ultima può essere tale da vederlo dominare tutto il quadro morboso. In tal caso la rigidità muscolare è minima e può anche mancare del tutto.

Fra gli *spasmi muscolari* degni di speciale menzione sono quelli che interessanto i muscoli degli occhi dando luogo alle così dette « *crisi toniche oculogire* », fenomeno tanto temuto dagli infermi, che consiste nella forzata fissazione dello sguardo in una determinata direzione, per lo più in alto, per un tempo più o meno lungo (anche per ore, per mezze giornate e interi giorni), accompagnata da sofferenze che il paziente definisce « inaudite ».

Va pure ricordata la salivazione eccessiva, che quasi tutti questi malati lamentano e poi ancora, le crisi sudorali, lacrimali e vasomotorie, a volte imponenti, le algie e le parastesie localizzate al capo o in altre parti del corpo, le vertigini, le alterazioni del ricambio (dimagramento o tendenza alla polisarcia, poliuria, glicosuria, acetonuria, iperglicemia, ecc.)... e la dolorosa lista non è finita.

Un quadro come vedesi dei più impressionanti, spesso macabro, che non può commuovere il cuore più arido, specie poi ove si pensi che fra tanta rovina fisica integra o quasi rimane l'intelligenza e la coscienza resta vigile sino all'ultimo. Solo il morale, come è facile comprendere, è in questi infelici completamente a terra e ciò spiega i numerosi casi di suicidio che fra essi si sono avuti.

Una pallida idea dello stato pietoso in cui questa malattia può ridurre delle fiorenti giovinezze, alcune appena in sboccio, e delle rigogliose maturità, potranno dare i films dovuti all'efficace cooperazione dell'Istituto Nazionale Luce che verranno proiettati.

Vediamo ora in che consiste lo speciale trattamento per questi malati proposto.

Trattasi, come già dissi, di prodotti provenienti dalla Bulgaria. L'analisi di questi prodotti da me fatta eseguire all'Istituto di Botanica della nostra Università e che la Direzione Generale della Sanità Pubblica ha fatto ripetere poi per suo conto, ha rive-

lato che il più importante di essi, quello su cui si fonda tutta la cura, è costituito da pezzi di radice di Belladonna (*Atropa Belladonna*) mescolati a pezzi di rizoma di questa pianta. Ha rivelato inoltre che la radice contiene allo stato secco (quale viene a noi inviato dalla Bulgaria) il 0.80 % circa di alcaloidi totali, costituiti, per la massima parte da atropina e josciamina, in minima parte da scopolamina, belladonnina e duboisina e che il tasso medio di alcaloidi del rizoma si aggira solo intorno al 0,50 %.

Esami analoghi sono stati compiuti in altri laboratori d'Italia con risultati presso che identici. In questi laboratori sono state eseguite anche ricerche comparative fra le radici di Belladonna spontanea e quelle di Belladonna coltivata, fra le radici di provenienza bulgara e quelle di Belladonna di altri paesi, fra le radici e le foglie di questa pianta. D'importante è stato notato che il contenuto in alcaloidi delle radici di Belladonna coltivata è notevolmente superiore a quello delle radici di Belladonna spontanea: che il tasso di alcaloidi nelle radici supera notevolmente quello delle foglie (da notare che le radici della Belladonna erano state invece da tempo bandite in terapia perchè meno attive delle foglie): che il tasso degli alcaloili nelle radici, come in qualsiasi altra parte della pianta di Belladonna. è legato alla natura e al metodo di concimazione del terreno, all'altitudine e quindi al paese di provenienza, all'epoca della raccolta, all'andamento metereologico dell'annata. all'età della pianta, al grado e al modo di disseccamento.

Ora è bene si sappia che le radici a noi inviate dalla Bulgaria sono di Belladonna coltivata in terreno speciale e con metodi speciali concimato.

Un'altra cosa è necessario si sappia ed è che queste radici sono ben lungi dal costituire tutta la cura che al Policlinico viene praticata.

La loro somministrazione intanto è accompagnata da speciali pratiche dietetiche e igieniche (dieta atossica, alcalinizzante, astensione dal vino, dal fumo e dal caffè, aria libera, moto, ecc.) aventi per iscopo di favorire la tolleranza del rimedio e di rafforzarne l'azione. Questa ottenuta, altri sussidi terapeutici non meno importanti entrano in campo. Grazie al massaggio, alla ginnastica attiva e passiva, alla meccanoterapia, vien proceduto alla riattivazione dei muscoli e delle articolazioni rimaste inerti spesso da anni. Con apparecchi ortopedici viene provveduto alla correzione di eventuali atteggiamenti viziosi del capo, del tronco, delle estremità, o di eventuali deformazioni articolari ed ossee. Segue la rieducazione dei movimenti dall'infermo dimenticati o perduti: particolarmente delicata quella dei movimenti automatici, che debbono prima tornare come volontari e poi riacquistare con l'uso il loro automatismo. Una sana e ben diretta psicoterapia integra infine questa complessa e laboriosa opera di ricostruzione fisica.

Il trattamento proposto per questi malati non consiste quindi nella semplice propinazione di una misteriosa tisana o di un decotto dotato di magiche proprietà, come da taluni erroneamente è stato detto e generalmente si crede, ma in tutto un complesso e ben coordinato sistema terapeutico che il grande cuore e il fine intuito della nostra Regina ha messo a disposizione di questi ammalati e che non può non richiamare tutta l'attenzione dei medici, specie dopo i perfezionamenti ad esso apportati, gli accertamenti scientifici con cui è stato integrato, i felici risultati con esso avuti.

Per la storia dirò che questa cura non è nuova. Essa è conosciuta da circa otto anni e da quest'epoca è stata praticata qua e là in vari paesi, compreso il nostro, ma in modo del tutto empirico. In Roma fu applicata per primo dal dott. Bani.

I malati di parkinsonismo encefalitico da me finora così curati sono stati 258, di cui 144 uomini e 114 donne. Di questi: 38 erano affetti da forme leggere della malattia; 105 da forme di media gravezza; 68 da forme gravi; 47 da forme gravissime; 3 erano malati da 16 anni, 87 da 15 anni, 39 da 14 anni, 17 da 13 anni, 15 da 12 anni, 13 da 11 anni, 6 da 10 anni, 12 da 6 anni, 15 da 8 anni, 5 da 7 anni, 7 da 6 anni, 10 da 5 anni, 8 da 4 anni, 4 da 3 anni, 13 da 2 anni, 5 da 1 anno; 68 passavano la loro vita fra il letto e la poltrona e dovevano essere assistiti in ogni loro necessità, anche più intima; parecchi avevano bisogno, durante la notte, di essere ogni tanto voltati nel letto; 109 potevano ancora reggersi in piedi e camminare più o meno bene, ma dovevano in tutto essere aiutati; 90 dovevano essere « imboccati » perchè incapaci di mangiare con le proprie mani; uno doveva essere nutrito con la sonda; 24 sono entrati in Ospedale completamente muti; 96 da anni non erano in grado di scrivere; 48 potevano ancora attendere, con maggiore o minore difficoltà, alle loro occupazioni.

Di questi infermi, 97 sono attualmente ricoverati in ospedale; 161 sono stati dimessi e continuano a domicilio la cura, tornando a

farsi vedere ogni quindici giorni, se residenti in Roma, inviando, ad eguali periodi di tempo, una breve relazione del loro stato, se dimoranti fuori di qui.

Ai malati usciti, sono state date per iscritto al momento di lasciare l'Ospedale, insieme al medicamento e alle precise istruzioni per il suo uso, tutte le norme e prescrizioni da seguire contemporaneamente. Il medicamento viene loro rifornito di quindici in quindici giorni e la decozione vien loro rimessa già preparata.

Di sei dimessi non si è avuta più notizia, ma di questi quattro erano affetti da Parkinson genuino e non da parkinsonismo encefalitico.

I risultati con questa cura ottenuti sono i seguenti:

Nei casi lievi, anche di antica data, si è avuta constantemente la « virtuale » guarigione dell'infermo, sia pure il più spesso con lieve difetto (è residuato ad esempio un po' di tremore, o un accenno di tanto in tanto a crisi oculogire, o un po' di debolezza, o qualche disturbo della parola). Tutti questi pazienti sono tornati in grado di riprendere le loro occupazioni, o, per lo meno, di applicarsi a qualche lavoro leggero. Alcuni sono ancora disoccupati perchè non hanno trovato lavoro.

Dei malati di media gravezza e anche gravi, i più hanno notevolmente migliorato e sono oggi in condizioni di muoversi e camminare liberamente, di bastare a loro stessi: nella minoranza dei casi il miglioramento è stato meno deciso e i malati debbono, specie in alcuni giorni, essere ancora aiutati in qualche loro necessità.

Dei malati gravissimi, alcuni sono tornati a camminare e perfino a salire e scendere le scale da soli, a mangiare talora con le proprie mani: qualcuno passa ancora la sua vita fra il letto e la poltrona: tutti hanno acquistato qualcosa ed accennano ad acquistare ancora più. Il loro miglioramento ha spesso impiegato dei mesi per manifestarsi in modo evidente.

In qualche raro caso la cura si è dovuta sospendere perchè le condizioni generali, già eccessivamente gravi, del soggetto non ne hanno permesso il proseguimento.

Tre dei miei malati sono morti per una malattia intercorrente (broncopolmonite acuta); uno di essi prima che la cura venisse iniziata.

Tale cura non si è dimostrata egualmente efficace in tutti i casi di parkinsonismo encefalitico, nè su tutti i sintomi di questa malattia ha prodotto lo stesso benefico effetto.

I migliori risultati si sono avuti negli individui giovani, con forme leggere e di più recente data, a carattere stazionario, o lentamente progressivo. Meno bene hanno risposto i casi in cui la malattia aveva prodotto danni particolarmente gravi o presentava intercorrenti riacutizzazioni che stavano ad attestare la esistenza di una infezione grave ancora in atto. Si sono visti malati gravi, anche gravissimi, che non davano per il risultato della cura affidamento alcuno, migliorare in modo insperato e, viceversa, altri che molto promettevano, mostrarsi resistenti al rimedio più di quanto si sarebbe creduto. Lo stesso si è verificato per qualche sintomo, che, in due casi, a volte apparentemente identico, in uno, è subito migliorato e anche del tutto scomparso, in un altro è rimasto pressochè immutato. Ciò evidentemente in rapporto con la diversa sede e la maggiore o minore gravezza delle lesioni anatomiche che di queste manifestazioni cliniche erano a base. Di qui il corollario di andare molto cauti con la prognosi, quando, all'atto di iniziare la cura, si viene richiesti del nostro giudizio.

Il sintomo che più si è avvantaggiato di questo trattamento è stato la *rigidità muscolare*, con tutti i fenomeni che ordinariamente l'accompagnano (amimia, bradicinesia, braditeleocinesia, catatonia, catalessia, ecc.). Tale vantaggio si è manifestato nel più dei casi in modo così sorprendentemente rapido, da meravigliare, non solo i profani, ma anche noi medici, abituati a ben altre sorprese nel nostro esercizio professionale. È così che si son visti individui che mal si reggevano in piedi e peggio ancor più camminavano, che si muovevano con grande lentezza, od erano immobilizzati a letto, che parlavano male, o non potevano più articolare verbo, che da anni non erano più capaci di prendere la penna in mano, che masticavano e deglutivano a stento e insufficientemente quindi potevano nutrirsi, che dovevano essere alimentati, lavati, pettinati, vestiti, spogliati, tornare a muoversi e camminare con disinvoltura, rimangiare con le proprie mani, riacquistare l'uso della parola e la facoltà di scrivere, rimasticare e deglutire bene, tornare a ridere e scherzare, come persone normali o quasi. Un ammalato entrato in ospedale completamente muto ha potuto dopo soli tre giorni raccontare tutta la sua storia. Un altro, che da sei anni non era più in grado di tenere la penna in mano, ha potuto, dopo una settimana, scrivere una lettera di quattro pagine, con calligrafia quasi perfetta. Una madre grazie a questa cura ha

avuto la gioia di riudire dopo molti anni la voce della figliola e tornare a comunicare con essa. Avvenimenti del genere, comuni nel mio reparto, hanno fatto gridare al miracolo, dire e scrivere delle inesattezze, ma in queste inesattezze vi è un fondo di grande verità e ciò non può essere disconosciuto.

Meno bene hanno risposto i suddetti disturbi, quando, anzichè alla rigidità muscolare, erano dovuti ad uno stato catatonico più o meno avanzato.

La maggior parte dei miei malati col migliorare hanno cambiato completamente aspetto: hanno perduto la tipica fissità del volto e dello sguardo, lo speciale atteggiamento del corpo, tanto da non dare più l'impressione di individui affetti da questa malattia. Qualcuno, invece, malgrado la riacquistata elasticità e contrattilità dei loro muscoli, per l'abitudine ormai contratta, o per speciali circostanze patogenetiche, ha conservato in parte la « facies » e l'abito dei parkisoniani. In tutti l'espressione della fisionomia e dello sguardo ha rivelato, fin dai primi giorni, l'intima soddisfazione di chi torna insperatamente alla vita.

Risultati meno brillanti, ma incontestabili, si sono avuti contro i fenomeni ipercinetici (*tremore, tics, spasmi muscolari, crisi oculogire*, ecc.), i quali hanno sempre migliorato, alcune volte in modo assai lusinghiero, ma più della rigidità muscolare hanno mostrato resistenza alla cura, nè si è riusciti il più spesso ad impedire, che, dietro una causa occasionale qualsiasi (un cambiamento atmosferico, un'emozione, uno sforzo), in maggiori o minori proporzioni si riaccentuassero.

Ciò dicasi sopratutto per il tremore, che, a volte apparentemente scomparso, si è visto riapparire al solo richiamare l'attenzione su di esso. Tutt'altro che raro è però stato il caso di individui che prima tremavano in modo impressionante e che attualmente non tremano quasi più affatto, o presentano delle lunghe soste, specie dopo l'assunzione del rimedio. Lo provi il fatto che tutte le malate, che a causa del tremore erano costrette ad un ozio forzato. sono oggi in grado di adoperare ago e uncinetto e di fare con la lana, di cui per generosità della Regina sono state fornite, dei lavori graziosi e di confezione anche accurata. Particolare interesse ha destato il caso di un pittore, a suo tempo di valore non comune, che, dopo essere stato costretto per anni ad abbandonare la sua arte per il tremito che gli agitava le mani, ha potuto nell'ospedale stesso ritracciare disegni ed anche con una certa abilità. Una scomparsa completa e persistente del tremore è stata pure in qualche caso osservata.

Analogamente al tremore si sono comportati i tics e gli spasmi muscolari, comprese le « crisi oculogire ». Mi sia permesso di citare all'uopo qualche esempio. Una donna del popolo (certa Maria R.), fra le prime curate, che in casa era quotidianamente costretta a rimanere in letto tutto il pomeriggio perchè gli occhi dal mezzogiorno in poi le si fissavano in alto e il fenomeno non scompariva che col sonno, attende ora in famiglia ai lavori più faticosi (fa anche il bucato) e di questo disturbo avverte appena qualche accenno. Un'altra inferma (certa Eleonora F.), che avanti la cura aveva crisi oculogire quasi in permanenza, fino a quattro volte nella giornata, ne soffre tuttora, perchè in condizioni molto gravi, ma a lunghi intervalli, persino di tredici giorni e il disturbo è notevolmente diminuito di intensità e durata. Un malato, tuttora in cura nel reparto, certo Luigi G. che presentava all'inizio della cura uno spasmo estensorio dei muscoli del collo, per cui la testa era costantemente rovesciata all'indietro e poteva solo con l'aiuto delle mani venir rimossa da questa posizione, tiene ora quasi sempre il capo diritto e può con la volontà correggere lo spasmo ogni volta che accenna a ripresentarsi. E così potrei continuare a lungo.

Un altro sollievo, e non indifferente, ha procurato la cura a questi infelici. La salivazione abbondante, che loro riusciva così molesta e li obbligava a dare disgustoso spettacolo, si è subito attenuata, e, fatta eccezione per qualche caso grave, è poi scomparsa del tutto. Uno dei curati, un fiorentino, tornato a farsi rivedere dopo due mesi dacchè era rientrato in famiglia recando seco il medicamento, mi ha narrato, non senza emozione, che, mentre la prima volta che era venuto a Roma per sottoporsi alla cura aveva dovuto durante il viaggio bagnare di saliva ben dodici fazzoletti, questa volta non ne aveva dovuto adoperare neppure uno.

Dirò, infine, per tacere degli altri sintomi di minore importanza (crisi sudorali, lacrimali, vasomotorie, algie ecc.), tutti migliorati con la cura, che più viva è tornata in tutti i miei ammalati l'intelligenza, e, fatto anche più importante, che il loro morale, prima depresso al massimo grado, si è tosto risollevato e spesso in modo meraviglioso.

Questi risultati, che alte personalità ed illustri colleghi hanno potuto constatare personalmente, restandone non poco meravigliati, avevano pur bisogno di una qualche documen-

tazione. E questa spero di poter raggiungere, almeno in modo approssimativo, facendo proiettare il film di alcuni malati, scelti fra i più gravi, che furono con questo mezzo da me seguiti nel loro miglioramento ed anche meglio, presentando 35 malati che hanno lasciato l'Ospedale molto migliorati, o del tutto guariti, e continuano a star bene.

Gli inconvenienti di questa cura, grazie alle misure precauzionali prese, all'assidua, personale, sorveglianza, esercitata su questi infermi, al metodo delle « dosi progressive » ed eventualmente delle « dosi refratte », costantemente seguìto, sono stati pressochè nulli. Si sono ridotti ai comuni disturbi da solanacee e neanche gravi. Hanno consistito, cioè, in un lieve senso di secchezza di gola e di stordimento al mattino, in un po' di insonnia o di agitazione durante la notte (eccezionalmente si è avuto qualche accenno a delirio), in una modica dilatazione delle pupille e relativa visione confusa degli oggetti, in un lieve difetto dell'accomodazione, in qualche vertigine, in un po' di debolezza, in qualche leggera elevazione febbrile, in qualche transitorio disturbo gastro-intestinale, in un po' di difficoltà alla minzione.

Questi disturbi sono stati avvertiti, in genere nei primi giorni, nelle prime settimane, della cura, poi non più. Qualche volta — casi particolarmente gravi, speciale intolleranza per le solanacee — sono durati più a lungo, o si sono riaffacciati di tanto in tanto, anche dopo che l'assuefazione al rimedio era avvenuta.

Incidenti spiacevoli nei miei malati non si sono mai verificati. Questa cura deve quindi ritenersi, se razionalmente eseguita, *di una assoluta innocuità*.

Questa cura, come tutte le altre, ha le sue controindicazioni, sopratutto dovute, a prescindere dai casi eccezionalmente gravi (sebbene anche in questi si sia sempre ottenuto qualche vantaggio), alle condizioni generali del soggetto, che, se eccessivamente scadute, possono riuscire di serio inciampo, alla coesistenza di disturbi mentali, che dalla cura potrebbero venire esaltati, alla presenza di alterazioni a carico di organi essenziali per la vita (cuore, fegato, reni), che, aggravandosi, potrebbero riuscire fatali al malato. Ciò dicasi sopratutto per il fegato, alterazioni di questo organo e persino forme di cirrosi epatica tipo Laennec, associate, non accidentalmente, alla sindrome parkinsoniana encefalitica, essendo state più di una volta notate.

Delle osservazioni importanti ho potuto fare nel corso del mio esperimento.

Innanzi tutto, che questa cura all'inizio non può essere fatta a domicilio e tanto meno ambulatoriamente, ma solo in un ospedale, in una clinica, od altro luogo di cura, dove si abbia la possibilità di seguire e sorvegliare assiduamente l'infermo. E ciò per varie ragioni. Principale quella che l'uso di queste radici, per la loro grande tossicità e per la frequente intolleranza da parte dei pazienti, può, in un primo tempo, riuscire pericoloso (in passato si sono avuti con essa dei morti). Poi, perchè questa cura, nella sua semplicità, è di una tecnica così delicata e complessa, da non poter essere lasciata nelle mani degli infermi e dei loro parenti, finchè del suo meccanismo questi non si siano resi padroni. Altra ragione è, che, producendo questo rimedio, in alcuni individui e su alcuni fenomeni il massimo effetto in piccola quantità, in altri l'opposto, la sua « dose ottima » deve essere stabilita, sintomo per sintomo, caso per caso, dopo molti tentativi che possono durare anche dei mesi: nè ciò potrebbe avvenire stando l'infermo in famiglia e facendosi visitare di tanto in tanto. Il ricovero di questi pazienti in un luogo di cura per un congruo periodo di tempo (2-3 mesi almeno) è apparso infine necessario, perchè ai sintomi della serie parkinsoniana spesso si associano intercorrenti fenomeni di eccitamento psichico, che, risvegliandosi all'improvviso, forse anche più accentuati per effetto della cura, possono da un momento all'altro rendere il soggetto pericoloso.

Altra osservazione da me fatta, è, che il miglioramento di questi infermi, assai rapido, talora in modo sorprendente, nei primi giorni della cura, diviene in seguito più lento, senza mostrare peraltro, salvo eccezioni, tendenza ad arrestarsi e tanto meno a regredire. Esso miglioramento poi, a prescindere dai casi particolarmente favorevoli (forme lievi e da tempo stabilizzate), non procede in modo continuo, graduale, ma a sbalzi, con oscillazioni in principio così ampie da mettere a dura prova la pazienza del medico e il morale degli ammalati. Degno di rilievo è il fatto, che tali oscillazioni hanno il più spesso coinciso con bruschi mutamenti atmosferici, fino a dare l'impressione, per la loro contemporaneità in parecchi infermi, di un fenomeno di suggestione collettiva.

Questa ipersensibilità meteorica, accentuatissima in tali pazienti, si è andata man mano spegnendo col progredire della cura, fino a scomparire, nella generalità dei casi, quasi del tutto. Vantaggi meno notevoli si sono avuti nei riguardi dell'iperemotività, in questi malati pure costante.

Un altro fatto, non privo d'importanza, da me pure osservato, è, che questi infermi, tornati in famiglia, restituiti cioè alle loro abituali condizioni di ambiente e di vita, hanno ritratto dalla cura un beneficio anche maggiore, sino a destare spesso la nostra sorpresa, quando, dopo qualche tempo, li abbiamo rivisti.

Ho notato infine che la somministrazione di queste radici non esclude, come è stato detto, il contemporaneo uso di altri medicamenti (cardiocinetici, sedativi, tonici del sistema nervoso), purchè questo avvenga con le dovute cautele ed a periodo di assuefazione già avviato. L'arsenico è però sconsigliato.

Ho voluto anche provare se questa cura riusciva egualmente efficace nel Parkinson idiopatico. Sebbene il numero dei parkinsoniani veri così trattati, sia stato, per ovvie ragioni, oltremodo esiguo, già posso dire che i risultati non sono stati in essi così favorevoli come nei parkinsoniani encefalitici, sopratutto per quanto concerne il tremore. La prova merita, tuttavia, di essere ripresa.

Questa cura, come tutte le cose nuove, specie quando escono dall'ordinario, ha suscitato non poche critiche ed obiezioni.

Accennerò solo alle più importanti, a quelle che meritano di venire discusse.

Cominciamo dalle obiezioni.

Una *prima questione* è stata posta. Non può accadere che con l'assuefazione al rimedio anche i benefici da esso ottenuti vadano a poco a poco attenuandosi fino a cessare del tutto? E anche se ciò non avvenga, non è a temere che tali benefici scompaiano quando la cura verrà sospesa?

Il tempo relativamente breve dacchè l'esperimento dura non mi permette di risolvere per ora tale quesito in modo esauriente. Dei dati importanti però, tratti dalla mia e dall'altrui esperienza, sono in grado di opporre, che sembrerebbe dovessero tranquillizzarci su questo punto. I malati per primi entrati nel reparto e ormai assuefatti al rimedio da circa un anno, salvo qualche eccezione, nulla hanno perduto di quanto hanno acquistato e molti di essi, anzi, vanno acquistando ancora più. Nei casi gravi il miglioramento si è spesso manifestato in modo evidente solo dopo qualche mese dacchè la cura era stata iniziata: il che sta ad indicare che gli effetti di queste radici, con l'assuefazione al rimedio, anzichè dileguarsi, si sommano. Sono a conoscenza da fonte ineccepibile di malati che hanno fatto la cura sette anni or sono, smettendola dopo un biennio, ed ora stan bene. Ho avuto notizia di un ingegnere, in cura ormai da quattro anni, che, dopo aver potuto, grazie a ciò, riprendere il suo posto in un grande stabilimento industriale, nel suo ufficio attualmente persevera ed è anche in grado di disegnare con abilità non comune. Se una previsione quindi può farsi sull'avvenire di questi ammalati, è, che nei casi lievi, dopo un certo tempo la cura potrà, senza pregiudizio, venire interrotta, salvo ad essere ripresa, per precauzione, di tanto in tanto; e, che, nei casi gravi, continuandola a lungo, sia pure per tutta la vita (cosa che non può spaventare, dato il fatto che essa non richiede iniezioni, che è di costo relativamente mite e di innocuità sempre maggiore a misura che l'assuefazione si afferma), il pericolo che il malato ritorni allo stato *quo ante* potrà quasi sicuramente venir scongiurato. L'ultima parola in proposito però non potrà dirla che il tempo e l'osservazione ulteriore.

Seconda questione. Se il parkinsonismo encefalitico deve considerarsi, come è giusto, non un « postumo » dell'encefalite epidemica, ma una « forma protratta » della medesima, come può esso ritrarre reale vantaggio da tale cura? E, in caso, come può questo avvenire?

Alla prima di queste domande rispondono i fatti, i quali dimostrano che questa cura, contrariamente a tutte le altre fin qui tentate, effettivamente e durevolmente giova e non solo nei casi di parkinsonismo encefalitico apparentemente stabilizzati, che hanno più l'aspetto di un « postumo », ma anche in quelli a carattere progressivo, che meglio vengono interpretati come « forme protratte » della malattia primitiva, purchè, naturalmente, il loro decorso sia sufficientemente lento, da dar tempo all'infezione, ancora in atto, di spegnersi (spontaneamente o grazie alle migliorate condizioni igieniche e dietetiche in cui vien posto il malato), nel mentre si viene riparando ai suoi danni.

Con ciò non voglio dire che essa abbia qui azione specifica, come cura sintomatica, anzi, come cura di ricupero, dovendo essere considerata, senza peraltro escludere (per molti dati ciò anzi sembra assai probabile) che in una certa percentuale di casi il suo effetto possa essere definitivo.

Circa il modo di agire di questa cura, esso non apparirà di troppo difficile interpretazione ove si pensi che nell'encefalite epidemica, insieme al sistema motore extrapiramidale, colpito è anche il sistema organo-vegetativo e che sulla funzione di quest'ultimo le solanacee, specie l'atropina, esercitano una manifesta azione regolatrice. Nè deve far meraviglia che sintomi dovuti a lesioni anatomiche a carat-

tere flogistico-degenerativo di un organo così delicato com'è il cervello possano con questo mezzo venire rimossi. Qui non trattasi di distruzioni massive di estese zone dell'encefalo, ma di piccoli focolai, talora anche microscopicamente appena apprezzabili, sparsi qua e là in mezzo a tessuto cerebrale sano e suscettibile perciò delle più insospettate reazioni, dei più impensati compensi.

Terza questione e in apparenza la più importante. Se base di questa cura sono le radici di *Atropa Belladonna,* perchè insistere nel loro infido uso e non preferire l'atropina, suo principale alcaloide, di più facile dosaggio, che in forte quantità sembra riesca egualmente efficace? Si vuole con ciò alludere alla cura che Roemer pratica a Hirsau, giungendo a dosi di quest'alcaloide quasi iperboliche (fino a 30 e più milligrammi *pro die*) e realizzando, a suo dire, effettivi vantaggi. Ma da quanto a me consta, per la cura di Roemer, anche più che per la nostra, è necessario un lungo periodo di assuefazione, sotto un rigoroso controllo: sicchè nessun beneficio da questo punto di vista ne verrebbe ai malati. Roemer, poi, accusa i successi, ma non dice in quanti casi la sua cura non è tollerata. A giudicare dalla nostra esperienza questi casi dovrebbero essere molti. Nessun medico, che io sappia, è riuscito infatti in Italia a superare la dose di 15-20 milligrammi di atropina al giorno, e ciò anche in via transitoria, avendo ben presto questi infermi preferito i disturbi della malattia a quelli che loro procurava l'ingestione di tale alcaloide.

Altri vantaggi ha su quella di Roemer la nostra cura.

Nelle radici bulgare, oltre l'atropina, son contenuti altri principî attivi, noti ed ignoti, nella loro naturale distribuzione e proporzione e ciò non può essere senza importanza per l'esito della cura. L'azione di queste radici non è effimera come quella dell'atropina; lo prova il fatto, che, mentre con la cura Roemer, basta sospendere per un sol giorno ed anche meno la somministrazione del rimedio, per vedere ricomparire, insieme a imponenti fenomeni da astinenza, tutti i disturbi, con la nostra, questa sospensione è potuta avvenire per una settimana ed anche più (una volta due mesi) senza che il malato ne abbia risenteso. Ciò verosimilmente in rapporto con un più lento assorbimento e una più lunga permanenza del rimedio nell'organismo che si verifica nel caso nostro. Si è fatta accusa alla nostra cura di mettere a troppa dura prova il tempo e la pazienza del medico durante il periodo dell'assuefazione per l'incerta e incostante composizione del preparato: ma se i malati di Roemer son tenuti tre mesi sotto controllo, segno è, che non questa è la ragione di tanto travaglio, ma bensì la forte tossicità delle solanacee e la loro poca o nessuna tolleranza da parte di molti infermi, qualunque sia la forma sotto cui son propinate. E ancora, mentre con l'atropina, una volta raggiunto il massimo effetto, la dose deve essere mantenuta allo stesso livello e spesso aumentata, pena di riperdere a poco a poco il beneficio ottenuto, con le nostre radici, una volta trovata la « dose ottima », questa, non solo può, ma deve essere diminuita e l'effetto continua egualmente, anzi spesso si accresce.

Il vantaggio che offrono le radici di Belladonna sull'atropina può paragonarsi a quello delle foglie di digitale sulla digitalina, dell'oppio sulla morfina, della segale cornuta sull'ergotina e via dicendo. E nessun medico, che io sappia, ha mai protestato contro l'impiego della droga *in toto* invece del rispettivo alcaloide, che anzi, ancor oggi, nella grande maggioranza dei casi, essa vien preferita, perchè più naturale, perchè più efficace.

Quello che si è detto per l'atropina, vale anche per gli alcaloidi suoi isomeri, quali l'ioscianina, la ioscina, la scopolamina, per citare solo quelli maggiormente usati, e per tutte le specialità che hanno fiorito in questi ultimi anni per recare un momentaneo sollievo a siffatti pazienti.

Ed ora veniamo alle critiche. Qui sarò ancora più breve: non accennerò che a quelle che potrebbero gettare il discredito sopra un metodo di cura così felice e riuscire di danno ai malati.

La prima colpa che si fa a questa cura è di averla circondata di troppo mistero. Sono state interpretate per occulte manovre le precauzioni rese necessarie dal fatto di doversi destreggiare in ammalati, fisicamente per nulla resistenti e moralmente ultra-depressi, con un medicamento non ufficialmente riconosciuto e che fra i successi conta anche dei danni.

Divulgatasi la notizia che base della cura erano le radici di Belladonna, i commenti, non sempre improntati ad una serena obiettività, sono aumentati. Il rimedio è sembrato troppo semplice, assolutamente sproporzionato all'edificio creatovi sopra. È apparso esagerato il fatto di essere per ciò ricorsi ad altra Nazione, radici di Belladonna trovandosi a iosa anche in Italia. Si è detto che meglio che le radici sarebbe stato usare le foglie di questa pianta, di composizione più nota, di effetto più certo: si è riaffacciata la questione degli alcaloidi: sono stati esaltati i vantaggi, in qualche caso ottenuti, con lo Giusquiamo e con lo Stramonio: non è stata perdonata a questa cura la sua mo-

desta origine, come pure il fatto di comprendere, fra i suoi ingredienti, delle sostanze inutili, aggiuntevi certo per altri scopi.

La comunicazione da me fatta all'ultimo Congresso di Medicina Interna ha valso solo in parte a rimettere le cose a posto.

Intanto, sempre più affermandosi sono andati i successi di questa cura e le domande di infermi di parkinsonismo encefalitico aspiranti ad esservi sottoposti hanno cominciato a giungere da ogni parte.

Il numero di queste domande supera le 2000 ed è sempre in aumento.

Da un recente censimento dei malati di parkinsonismo encefalitico, eseguito dalla Direzione di Sanità, è risultato che essi sono 1340. Ma questo numero si riferisce solo a quelli che giacciono negli ospedali, nei manicomi e nei cronicai. Non vi sono compresi gli infermi degenti a domicilio, nè quelli più leggeri, che ancora lavorano, occupando posti anche importanti. Questi sono i più: da un calcolo approssimativo che si è potuto fare, ammontano a molte migliaia.

A tutti questi ammalati occorre provvedere ed anche presto, perchè la cura è giunta già tardi. L'orgasmo indescrivibile in cui questi pazienti e le rispettive famiglie oggi vivono — orgasmo più che giustificato e che si rivela dalle lettere che giornalmente ci giungono — rende ciò anche più urgente.

Per risolvere questo problema angoscioso, ogni dì più assillante, Sua Maestà la Regina nulla ha trascurato. Ha cominciato col prodigarsi Ella stessa nel modo più commovente: ha fatto appello ad Enti ed Autorità: si è fatta promotrice dell'istituzione nelle varie città d'Italia di centri per questa cura. I più illustri cultori delle mediche discipline hanno entusiasticamente risposto al Suo appello e reparti simili a quello di Roma già egregiamente funzionano a Pisa, Torino, Milano, Padova, Trieste, Bologna, Bari, Napoli: ma l'opera di questi volonterosi è in gran parte frustrata dalla legge inesorabile che regola l'accettazione e la degenza di questi ammalati negli ospedali e nelle cliniche, essendo essi dei cronici e non degli acuti.

Se si vuole che il fruire di questa cura non sia il privilegio di pochi e proprio di quelli che meno hanno bisogno dell'altrui soccorso, (gli abbienti), necessita concedere speciali facilitazioni a questi pazienti: considerarli, ad esempio, come acuti, nel periodo di degenza indispensabile per iniziare la cura.

Le autorità governative che sono venute già incontro alla Augusta Sovrana facendo concessioni per Roma e offrendo aiuti morali e finanziari, spero vorranno, con un ultimo, generoso, sacrificio, contribuire al trionfo di questa santa Crociata.

***

Questa la grandiosa opera di pietà e di amore, di cui Elena di Savoia, con consapevole, virile, fermezza, si è fatta l'iniziatrice ed alla quale, con fede e tenacia di apostolo, con cuore più che materno, interamente oggi si dedica. Per comprendere di quest'opera tutta la vastità e portata, occorre pensare al numero stragrande di questi ammalati, all'età loro (quasi tutti son giovani), all'enorme peso che per la loro assistenza grava sulle rispettive famiglie, al dovere che su tutti noi incombe dinanzi alla possibilità di recar loro aiuto. Ma, sopratutto, bisogna aver seguìto i risultati di questa cura, avere assistito ai mille episodi di intima soddisfazione, di fervida riconoscenza, di reciproca tenerezza, svoltisi fra i miei malati e la loro Regina nelle Sue frequentissime visite fatte al reparto. Solo allora potrà apparire nella sua vera luce la ragione del crescente entusiasmo della nostra Augusta Sovrana per questa cura, del Suo interessamento sempre più vivo per questi infelici.

Vada a Lei, per questo Suo nobilissimo gesto, il reverente e grato pensiero dell'intera Nazione.

Roma, 7 aprile 1935 (XIII).

☛ *Ricordiamo l'interessante pubblicazione:*

Prof. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente nella R. Università di Milano.

Il trauma nella etiogenesi delle malattie
(Rapporti clinici e medico legali)

Prefazione del Prof. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma.

Riportiamo i titoli dei vari capitoli di questo interessante libro:

I. Argomentazioni cliniche e argomentazioni legali — Le casualità morbose — Causa od occasione? — Dei fattori morbosi concausali nella clinica e nella medicina legale degli infortuni — La configurazione giuridica della lesione da infortunio e della malattia professionale. — II. Dello sforzo come azione morbigena — La lombaggine da sforzo — L'ernia infortunio — Orchiti e varici da sforzo? — Emorragie cerebrali da sforzo? — Le morti improvvise da lavoro? — Sforzo e malattie dell'apparato respiratorio. — III. Traumi e tumori — Traumi ed emopatie — Endocrinopatie e traumi — Traumi e malattie osteo-articolari. — IV. Complicanze ed esiti del trauma cranio-encefalico. — Traumi e malattie a sede spinale. — V. Pleuriti e polmoniti traumatiche — Traumi e tubercolosi polmonare — Traumi ed apparato cardio-vascolare — I traumi dell'apparato digerente — I traumi del rene — Indice sistematico — Indice alfabetico.

Volume di pagg. XII-550.
Prezzo: in brochure L. 52, rilegato in tela L. 58 più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, rispettivamente L. 47 e L. 53 in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

NOTE E CONTRIBUTI

Di un segno precoce nel paratifo infantile. [1]

Dott.ssa VITTORIA BONUZZI-CONFALONIERI
e dott. DARIO CONFALONIERI.

È noto quanta importanza abbia, nell'esame clinico del malato, l'ispezione del cavo orale: spesso sede di manifestazioni morbose, siano esse autoctone, oppure espressione sintomatica di una malattia generale: infettiva, tossica o discrasica.

A noi interessa mettere in evidenza la compartecipazione della bocca durante il decorso della infezione eberthiana e del paratifo, insistendo, più specialmente, sui fatti ulcerativi: argomento trattato molto in succinto dalla letteratura medica che indugia piuttosto sulla presenza della caratteristica patina linguale e delle croste fuligginose delle labbra.

Processi ulcerativi sono senz'altro ammessi: ma non nel punto che ci accingiamo a descrivere. Si parla di ulceri delle tonsille, dei pilastri e del palato e non di quelle della mucosa delle guance.

Sembra che Curschmann per primo abbia descritte minutamente le ulceri del palato: a margine netto, con fondo grigio-giallastro, senza patina. Se n'è occupato Strümpell, indicando un'altra localizzazione: le tonsille; fatto, questo, che indusse l'A. a prospettare l'ipotesi di casi di tifo « tonsillare », dovuto cioè alla penetrazione del bacillo attraverso le tonsille, « sede del primo ingresso ». Opinione condivisa da Drigalski, il quale dichiara, in base ad una sua statistica, di aver constatato l'esplosione del tifo, dopo un'angina, nella misura del 40 %.

Se ne dovrebbe dedurre una specificità delle ulcerazioni, cosa però che viene negata da Matthes e da Kauffmann, per il quale la perdita di sostanza non è che l'esito in disfacimento necrotico di follicoli — palatini, tonsillari o faringei — precedentemente infiammatisi. Matthes stesso, e Blum, negano ogni valore patognomonico a questo sintomo; valore che è, invece, ammesso (sempre per le sedi predette: tonsille e palato) da altri.

Il primo dei due AA. menzionati scrive che le ulceri palatine o tonsillari sono rare, almeno per sua esperienza personale; ammette, e cita Strümpell, che altrove possano essere più frequenti.

Abbiamo avuto occasione di osservare, a breve distanza di tempo l'uno dall'altro — meglio, anzi, l'uno da altri due — tre casi di paratifo, in bambini tra i 3 ½ ed i 6 anni, ed abbiamo accertata la presenza di una *precocissima ulcerazione*, grande quanto un chicco di granturco, a contorni netti, regolari (a stampo), all'inizio non molto profonda e tuttavia con bordi bene evidenti, con fondo giallastro, torpido, non ricoperto da patina: cioè un'ulcera corrispondente, per i suoi caratteri, a quelle descritte da Curschmann, *localizzata alla mucosa delle guance, posteriormente allo sbocco parotideo e quasi sulla stessa linea, circondata da modestissimo alone infiammatorio, e unica.*

Secondo noi le note distintive, e utili dal lato diagnostico, della lesione sarebbero la precocità e la sede. Prima di prenderle singolarmente in esame, per maggiore chiarezza, esporremo i tre casi.

1-2) Davide e Luigino B., anni 3 1/2 e 6 1/2; nessun precedente degno di nota. I b. ammalano improvvisamente in montagna alla fine di agosto 1933. Appena portati in paese la madre può accertare una T. di 40°, in ambedue; al mattino seguente chiede una visita da parte di uno di noi (dott.ssa Bonuzzi). Si riscontra iperpiressia, sopore profondo, notevoli segni di meningismo. A carico dell'apparato respiratorio e circolatorio nulla degno di nota. In quarta giornata, all'ispezione delle fauci, la pediatra scopre, sulla guancia S. del Dav. un'ulcera con i caratteri anzidetti. Status immodificato; alvo chiuso e forte meteorismo in ambedue i fratelli. Il Luigino non ha ulcerazioni.

Alla sera dello stesso giorno, nell'*identico* punto mostrato dal D., anche il piccolo L. presenta un'uguale ulcera.

Viene emessa diagnosi di infezione tifoidea. Compaiono, in seguito, feci caratteristiche, non però molto liquide. In VIII-IX giornata roseola e tumore di milza; graduale scomparsa del meningismo. Si chiede, in XV giornata, la sierodiagnosi di Widal: responso positivo per paratifo A e B, negativo per tifo.

Il decorso, durante la prima settimana, fu atipico. Risoluzione in circa 25 giorni. L'ulcera rimargina entro due settimane.

---

(1) *Nei mesi di agosto ed ottobre 1933, gli AA. osservarono, in tre casi di paratifo infantile, la precoce comparsa, sulla mucosa delle guance, a lato del dotto di Stenone, di un'ulcera; e compilavano, sull'argomento, una breve nota che non vollero però, in seguito, far pubblicare per la troppo esigua casistica.*

Una recente relazione del dott. U. Gallerani (Boll. d. Soc. It. di Ped., 1934, fasc. V, p. 522) *sopra varie manifestazioni ulcerose bucco-faringee nel tifo infantile (con speciale riguardo alle ulcerazioni del Duguet), e la conclusione che ne trae (doversi tener conto delle u. buccali per avvalorare il sospetto di tifo e per essere, quindi, spinti a chiedere un sollecito ausilio diagnostico al laboratorio) inducono oggi gli AA. a rendere pubbliche le loro osservazioni personali in materia.*

Riva del Garda, febbraio 1935-XIII.

2) Beppino C., anni 3 1/2. Precedenti anamnestici insignificanti. Il 20 ottobre 1933 vengo invitato a visitare il piccolo paz. che presenta leggera stomatite catarrale, risalente, a detta dei parenti, a due giorni prima. T. 37°,8; P. normale. Sul torace grossolani fatti umidi. Esaminando le fauci trovo *sulla guancia S., a livello e posteriormente al dotto di Stenone, una piccola ulcera a stampo, con fondo giallastro.* Prescrivo le cure del caso e sospendo le visite. A due giorni di distanza nuova chiamata: noto scomparsa della stomatite, persistenza dell'ulcera, con le stesse dimensioni; T. 39°,9; P. 100-110, dicroto; gorgoglio ileo-cecale; meteorismo; lingua con patina bruniccia; labbra aride e crostose.

Istruito dai due casi precedenti faccio diagnosi generica di infezione tifoidea. Il decorso la conferma. Alla fine del primo settenario compaiono 4-5 elementi di roseola sulla faccia interna delle coscie e sul quadrante addominale infer. D.; quasi contemporaneamente modico tumore di milza ridottosi in tre giorni. Risoluzione in XVIII giornata. L'ulcera rimargina in meno di 10 giorni.

Abbiamo detto che l'ulcera è molto precoce: difatti essa compare nei primi tre-quattro giorni: e cioè in un periodo di tempo in cui, nella grande maggioranza dei casi, mancano segni probativi per una infezione tifoide. Anzi nel caso 2), se si ritiene attendibile la dichiarazione dei genitori, l'ulcera sarebbe comparsa in seconda giornata, preceduta da stomatite.

Non è da pensare che l'una (l'ulcera) fosse in dipendenza dell'altra (stomatite); a ciò si oppongono varie ragioni: la benignità della stomatite stessa, nemmeno diffusa alle guance ma limitata al solco labio-gengivale inferiore, è scomparsa in 48 ore; la sua presenza in un punto della mucosa perfettamente integro e lontano da denti cariati. Nei casi ad 1) tale dubbio non può sussistere perchè la mucosa della bocca era normalissima.

Si potrebbe obiettare che facile è la confusione con uno sbocco parotideo ulcerato, partecipante, col dotto, a processi infiammatori della sua ghiandola. Ma a parte la mancanza di segni indicanti la compromissione della gh. salivare, soccorre, in questo caso, un criterio di localizzazione anatomica: le tre ulceri osservate erano bensì sulla stessa linea del dotto in parola, ma posteriormente ad esso, ad una distanza superiore al mezzo centimetro, e la papilla che sormonta l'orificio stenoniano era libera, ben visibile, inconfondibile.

Al più potrebbe sospettarsi non già un'ulcera del dotto parotideo, ma di uno degli orifizi delle ghiandole salivari molari che sono provviste di canale escretore proprio. Ciò che, dato e non concesso, non toglierebbe ancora valore al sintomo.

Dal lato diagnostico differenziale entrano in discussione le ulceri tbc. e sifilitiche sulle quali non è il caso di soffermarsi: anzitutto per la sede; inoltre perchè le ul. sifil. della bocca sono rare nell'infanzia, ove prevalgono altre lesioni, e sono indizio di una lue male o insufficientemente curata: dunque, anamnesticamente, di non difficile controllo; e non regrediscono con le comuni cure, ma cedono solamente ad una terapia specifica. Decorrono, poi, senza febbre o con temperature subfebbrili.

Il criterio, tra altri svariati, di sede, è utile pure nella differenziazione delle u. tbc. (lingua, tonsille, faringe), anche escludendo la quasi necessaria concomitanza di una tbc. polmonare.

Se quest'ulcera che non abbiamo trovata descritta in nessuna delle opere consultate, e che potremo chiamare *parastenoniana*, sia peculiare della sola infanzia; se abbia valore assoluto la sua localizzazione; se sia da dare importanza al fatto che essa, in tutti tre i casi, insorse a S. ed era unica; se sia, infine, rara o frequente: sono questioni che potranno avere una risposta da ulteriori indagini.

Anche in assenza di una assoluta specificità per il gruppo tifo-paratifi, ci sembra non sia da trascurare un segno che può, ancora nelle prime giornate, indirizzarci a chiedere una emocultura nel momento più favorevole: vale a dire quando la batteriemia è al suo massimo. Le conseguenze pratiche di un eventuale responso positivo sono ovvie.

Ci permettiamo, pertanto, di rivolgere un cortese invito ai Colleghi per opportuno controllo di quanto abbiamo esposto.

Molina Ledro, dic. 1933.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno osservato, in tre casi di paratifo infantile, la precoce comparsa di un'ulcera a lato del dotto di Stenone (*ulc. parastenoniana*).

Giudicano importante un sintomo che può spingere, ancora nelle primissime giornate, il medico a richiedere una emocultura.

☛ ***Rammentiamo l'importante Manualetto:***

Prof. Dott. AUGUSTO FRANCHETTI
Medico Provinciale presso la Direzione Generale della Sanità Pubblica

Appunti di legislazione per gli Ufficiali Sanitari

Volume, in formato tascabile, di pagg. VIII-200, nitidamente stampato. Prezzo L. 12, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 10,60 in porto franco.

Inviare vaglia all'editore Luigi Pozzi, Ufficio Postale succursale diciotto, Roma.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Sui disturbi gastro-intestinali di origine allergica.

(K. HERMANN. *Münch. Med Woch.*, 28 febbraio 1935).

In questi ultimi anni la diagnostica delle malattie gastro-intestinali ha fatto notevoli progressi, ed è anzi oggi uno dei campi in cui il medico, che sappia il fatto suo, più può giovare al malato. Eppure il medico pratico ha ancora molto da imparare in questo campo, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico, e si può dire, secondo l'A., che molti malati vengono ad avere dalle cure del medico più danno che beneficio (!). Cure superflue, diagnosi impressionanti, diete rigorose, medicamenti dati senza scopo e quindi senza risultato, fanno più male che la malattia stessa. Così è per i disturbi gastro-intestinali di origine allergica, che il medico pratico deve imparare a riconoscere, perchè è possibile farlo, dato che presto o tardi si manifestano con sintomi che sono caratteristici. La precisa conoscenza di questi sintomi è importante sia per il medico, che, e forse più, per il malato stesso.

L'A. allo scopo di recare un contributo alla conoscenza di queste sindromi, riporta in succinto alcuni casi tipici.

In un primo caso si trattava di un giovanotto, il quale, qualche ora dopo l'ingestione di carne a cui non era abituato (fagiano) cominciò ad avere i sintomi di una grave gastro-enterite. Questo stesso soggetto si mostrava anche ipersensibile alla ingestione di sardine. Che non si trattasse di botulismo o di una qualsiasi altra infezione batterica era dimostrato dal fatto che l'inizio della malattia era stato improvviso, dalla guarigione di essa in 24 ore, dal decorso afebbrile, e dal non essersi verificato nessun disturbo consimile nei familiari. Prima e dopo la malattia il paziente stette completamente bene.

Nel secondo caso si trattava anche di un giovanotto, il quale si era ammalato improvvisamente con gravi sintomi a carico dello stomaco: vomito violento, iperperistalsi, grande quantità di liquido nello stomaco. Malgrado i gravi sintomi funzionali non era possibile apprezzare nessuna alterazione organica. La malattia si manifestò improvvisamente e scomparve nello stesso modo: prima e dopo il malato stette bene. Il paziente vomitò una gran quantità di liquido che non era per nulla iperacido.

Nel terzo caso si aveva l'associazione contemporanea della sintomatologia della ulcera duodenale e della ipersensibilità verso il latte. Il malato fece la sua cura dell'ulcera senza latte ed ebbe un rapido miglioramento dei suoi sintomi.

La contemporanea presenza dell'ulcera gastro-duodenale, e di una ipersensibilità alimentare può dar luogo ad un complesso sintomatico, sul quale è molto difficile orientarsi. È perciò che è necessario che al medico pratico tutti questi sintomi siano molto famigliari.

Nel quarto caso, i disturbi si presentavano con dolori a tipo emicrania, e contemporaneamente con disturbi gastrici: questi consistevano in ipersecrezione con iperperistaltica. Stomaco e duodeno erano normali: alla palpazione non si provocava alcun dolore. Con lo stabilirsi di una dieta priva di carne si ebbe completa guarigione dei sintomi.

Tutti questi casi, finora descritti, erano, secondo l'A., facilmente diagnosticabili. Ma si danno talvolta casi complicati, nei quali la diagnosi può riuscire molto difficile, poichè i sintomi sono molto scarsi e niente affatto caratteristici. Così, per esempio, in una donna di 38 anni, ogni due-tre mesi si presentavano disturbi a carico dello stomaco e dell'esofago, senza che fosse possibile scovare la presenza di una qualsiasi alterazione organica. In questo caso non fu possibile in alcun modo, stabilire quale fosse la *materia peccans*. Il curioso è che la paziente è, in quanto a stomaco, una vera atleta, e, quando sta bene, può mangiare qualsiasi cibo senza alcun disturbo.

In un sesto caso si aveva il caratteristico complesso sintomatico sopra descritto *sine causa*. Contemporaneamente eccitazione motoria e secretoria dello stomaco. La madre del paziente era affetta da asma.

In un ultimo caso, molto curioso, il vomito era provocato dal semplice odore di caffè tostato: non appena la paziente avvertiva odore di caffè tostato sentiva irresistibile il bisogno di vomitare.

I casi suddescritti danno un quadro abbastanza chiaro delle malattie allergiche gastrointestinali. Il medico pratico sa che l'asma, l'orticaria, l'emicrania, l'eczema appartengono al gruppo delle malattie allergiche, ma non sa che spesso anche lo stomaco e l'intestino partecipano al quadro morboso. Tale cognizione ha un'enorme importanza pratica, perchè non sapendolo si possono commettere gli errori più grossolani. Pare incredibile quante false diagnosi si possano fare in casi come questi, e quanto danno questi errori possano portare.

Se in un caso di asma invece di asma si fa diagnosi di bronchite, l'errore c'è ma le conseguenze non sono tanto gravi. Nei casi di disturbi gastro-intestinali di origine allergica invece si emettono i giudizi più disparati e si propongono le cure più diverse: c'è chi vuole operare, chi prescrive cure lunghissime.

Come fare la diagnosi.

1) Nell'anamnesi si trova spesso ereditarietà allergica oppure anche manifestazioni allergiche personali.

2) la malattia si manifesta, per lo più improvvisamente, talvolta anche lentamente, mentre i pazienti sono in perfetto stato di benessere. I disturbi sono periodici; negli intervalli liberi non vi è nessun disturbo a carico dello stomaco. La malattia è di breve durata ed il malato riconosce spesso da sè la *materia peccans*.

3) il malato, malgrado la gravità dei sintomi, si trova in genere in buono stato di nutrizione. Dopo l'attacco egli si riprende rapidamente e può mangiare normalmente. C'è insomma un anacronismo evidente fra i sintomi locali e quelli generali.

4) il rapporto fra i pasti, la quantità e la qualità dei cibi, non è così evidente come per le altre malattie dello stomaco. Il malato sopporta cibi pesanti, pranzi abbondanti, ma si sente male, per es., dopo aver mangiato uova o latte.

5) accanto ai disturbi gastrici si trovano non raramente altri disturbi di natura allergica, come cefalea, orticaria, asma, prurito.

6) la ricerca radiologica può molto giovare, sia perchè esclude la presenza di lesioni organiche gastro-duodenali, sia perchè mette in evidenza una esagerata peristalsi dello stomaco ed una aumentata secrezione. Il radiologo non può emettere alcuna diagnosi il che farà sì che il clinico pensi all'origine allergica dei disturbi.

7) dal punto di vista pratico è anche importante il fatto che la iperperistalsi e la ipersecrezione da parte dello stomaco persistono anche quando i sintomi clinici sono quasi completamente spenti.

La diagnosi è talvolta facile, talvolta molto difficile. La via più sicura per giungerci è il metodo specifico: stabilire la *materia peccans*, il che non è sempre nè semplice nè di breve durata. Può aiutare, nell'accertamento della diagnosi, la presenza di eosinofilia nel sangue, sintoma che è presente anche nei casi latenti.

Dal punto di vista della *diagnosi differenziale* sono da porre in campo le seguenti malattie: ulcera, calcolosi biliare, gastrite, cirrosi epatica, appendicite acuta e cronica, cisti ovarica, annessite, nefrolitiasi, pielite, pancreatite, angina pectoris, ernie dell'hiatus diaframmatico. La maggior parte di queste sono facilmente differenziabili sin dall'inizio. Meno i sintomi parlano per una affezione organica, più è facile che si tratti di disturbi allergici. In rari casi le due malattie possono combinarsi ed il quadro clinico essere piuttosto complicato.

La *terapia* può essere *specifica* o *sintomatica*. Nella prima rientra la terapia peptonica e l'introduzione di albumine specifiche in piccole dosi: i risultati sono dubbi. Alla terapia sintomatica appartengono l'urotropina, il calcio, l'adrenalina oppure dei mezzi che agiscono sul ricambio intermedio come l'insulina. Bene agiscono anche i diuretici, per la rapida eliminazione del veleno. La loro azione non è però specifica, ma serve a diminuire il contenuto in allergeni del sangue e dei liquidi tissulari. Infine, un ottimo mezzo di difesa è il digiuno, il quale può però essere usato solo per breve tempo. G. LA CAVA.

Disidratazione ed acidosi nella gastroenterite.

(STANLEY GRAHAM. *The Practitioner*, aprile 1935).

La diarrea è più frequente nei bambini che negli adulti ed è tanto più grave quanto minore è l'età del malato. Spesso essa si associa a vomito. Vomito e diarrea indicano la presenza di una malattia di cui essi sono sintomi. Le infezioni delle vie respiratorie (anche il comune raffreddore) possono dare diarrea, specialmente nei più piccoli.

Nella gastroenterite è frequente l'acidosi, prodotta da vari fattori: eccesso di perdita di sostanze basiche colle feci, stato di digiuno per la diminuita assimilazione del cibo donde formazione di corpi chetonici.

Importante anche nelle diarree il metabolismo dell'acqua. Aumentata l'eliminazione di acqua, si ha una disintegrazione cellulare che deve provvedere alla sostituzione e si immettono così in circolo metaboliti acidi. Il ricambio idrico è più importante nel lattante, in cui l'acqua costituisce il 70 % del corpo (mentre è il 50 % nell'adulto).

Nel metabolismo dell'acqua ha importanza anche il cloruro di sodio e il glucosio, nel senso che diminuita l'acqua dell'organismo per eccesso di eliminazione si ha incapacità di eliminare le sostanze acide che si eliminano veicolate dall'acqua e quindi si ha acidosi.

Le gastroenteriti acute dei lattanti sono le forme più comuni di acidosi non gassosa. Le forme più gravi si osservano nei bambini ipernutriti. Il primo segno di disidratazione è la perdita di peso. Altri segni sono, nei casi gravi, sonnolenza, secchezza delle mucose, perdita del normale turgore e della normale elasticità cutanea. Inoltre si ha febbre, la quale può anche scomparire colla sola somministrazione di acqua.

L'urina è scarsa, fortemente acida, e contiene a volte albumina e cilindri; c'è anidremia con tasso percentuale alto di emoglobina e aumento degli eritrociti, e si ha azotemia che può andare da mgr. 50-100 per cento. Si ha, naturalmente, diminuzione della riserva alcalina.

Si ha inoltre dispnea e questo qualche vol-

ta fa fare diagnosi errata di polmonite, però se ne distingue per il tipo di dispnea essendo nell'acidosi il respiro frequente ma profondo.

A differenza dalla meningite, negli stati di acidosi la fontanella anteriore è infossata.

La morte nella gastroenterite è dovuta alla disidratazione.

La cura deve disidratare e combattere l'acidosi.

Quindi somministrazione di acqua sotto forma di soluzione fisiologica (perchè il sale facilita la ritenzione dell'acqua). Nei casi lievi il liquido si può dare soltanto per bocca. Nei lattanti non è raccomandabile la somministrazione per via rettale, non solo perchè la diarrea vi si oppone, ma anche perchè può provocare irritazione che aggrava la già esistente alterazione del tubo digerente.

Nei casi più gravi il liquido si deve somministrare per via parenterale e precisamente nei più gravi per via endovenosa, negli altri per via intraperitoneale e nei meno gravi per via sottocutanea. Si usi soluzione fisiologica, o meglio, glucosio al 10 % (15-30 cmc. ogni libbra di peso del bambino).

Un rapido aumento di peso indica il miglioramento della malattia.

I risultati di trasfusione sanguigna, che fu consigliata da qualcuno, sono illusori.

La somministrazione di alcalini non è scevra di pericoli, però è utile lavare lo stomaco con alcalini. Utilissima invece è la somministrazione di glucosio, che si può associare ad insulina.

Non bisogna dimenticare che il lattante ha bisogno di caldo, specialmente se è malato.

R. LUSENA.

Le diarree del poppante.

(P. GIRAUD. *Marseille-médical*, 5 aprile 1935).

Si distinguono in comuni e gravi.

Le DIARREE COMUNI sono in rapporto con il modo di alimentazione del poppante (errore di regime, intolleranza di un dato alimento). Si hanno:

A) *D. dei poppanti al seno.* Sono D. prandiali (durante o subito dopo la poppata), verdi, acide al tornasole; spesso accompagnate da eritema alle natiche, con stato generale poco compromesso; durano talora qualche mese e possono guarire spontaneamente. Indicano un'intolleranza colica a feci troppo acide, per cui il colon emette prematuramente e con dolori delle feci con pigmenti biliari che non hanno subìto la trasformazione in stercobilina e prendono il colore verde all'aria.

Non si deve fare: mettere il poppante a dieta idrica o somministrare purganti o fermenti lattici.

Ciò che si deve fare: regolare l'alimentazione del poppante per numero e quantità di poppate; dare una piccola quantità di latte di mucca (sostituire una poppata con esso); prescrivere degli alcalini (acqua di calce) in piccola quantità, se con queste misure non si ottiene l'effetto, prescrivere bismuto, tannato di gelatina, salicilato di allumina.

B) *Diarree comuni dei poppanti alimentati artificialmente.* Dovute a dispepsia del latte di mucca per cattivo assorbimento del grasso e digestione imperfetta della caseina. Segue generalmente uno stadio di costipazione con feci « mastice ». Il poppante nutrito artificialmente è generalmente costipato, mentre quello al seno è un po' « rilasciato » (3 volte al giorno).

Feci di colore variabile, ma mai nettamente verdi; fetide ed alcaline al tornasole; eritema alle natiche papulo-erosivo. Malattia a lunga durata che non incomincia nei primi mesi; stato generale non molto toccato. La linea di condotta sarà la seguente: 1) regolare l'alimentazione come frequenza e quantità; 2) sostituire parte del latte di mucca con farine (prima dei 6 mesi, farine maltate, poi di cereali vari) o con latte in polvere scremato; 3) dieta idrica al momento degli attacchi diarroici (al massimo 12 ore fino a 6 mesi 24 dai 6 ai 12); riprendere l'alimentazione con farine maltate e poi con latte in polvere; 4) prescrivere fermenti lattici. In questi bambini, si incomincerà al più presto a dare delle pappe.

C) *Diarrea dei farinacei.* Si tratta generalmente di bambini oltre i 6 mesi a cui si dà un'alimentazione abbondante di farinacei e scarsa di latte. Feci non frequenti, pastose e piene di gas, non fetide; emissione frequente di gas per l'ano. Stato generale che rimane a lungo buono, od anche apparentemente grasso per ritenzione idrica.

Per evitare tale complicazione, ricordarsi che il bambino sotto i 6 mesi non digerisce le farine non maltate e che anche queste costituiscono un'alimentazione squilibrata. Inoltre le farine del commercio sono prive di vitamine e si costituisce uno stato di carenza.

In presenza di questa dispepsia: 1) non dare che farine maltate; 2) sostituire una buona parte di esse con latte modificato (condensato zuccherato, in polvere, latticello) e se vi è intolleranza al latte, prodotti animali (fegato di vitello, carne cruda raschiata) o vegetali (soia, girasole); 3) somministrare forti dosi di vitamine (olio di fegato di merluzzo o carotene (A) lievito di birra (B) succo di frutta fresca (C), olio di fegato di merluzzo od ergosterina irradiata (D); 4) prescrivere dei fermenti amilolitici (malto, amilodiastasi).

DIARREE GRAVI. A) *D. coleriforme.* Il colera infantile si manifesta generalmente durante i forti calori nei poppanti nutriti artificialmente. Inizio brusco con vomiti (frequenti, precoci, ostinati) diarree (liquide, frequentissime, sierose, poco odoranti) ed ipertermia

(39°-40°). Stato generale, subito grave; il bambino è molto abbattuto, con gridi lamentosi, lingua secca, pelle flaccida. Morte molto frequente, spesso in 24-48 ore.

Per evitare tali incidenti: 1) favorire l'allattamento al seno; 2) sottrarre il più che sia possibile il bambino ai forti calori; proscrivere il latte di mucca fresco nei 3 mesi estivi (somministrando invece il latte condensato zuccherato od il latte in polvere).

Prescrivere subito la dieta idrica (acqua pura non zuccherata), per 1-3 giorni (i più piccoli la sopportano meno). Essere molto prudenti nel riprendere l'alimentazione, incominciando con le farine maltate molto diluite, passando poi al latte in polvere, che si aggiunge (mezzo cucchiaino) alle pappe, aumentandone la dose e passando al latte condensato; il latte di vacca si somministra soltanto dopo parecchie settimane di guarigione apparente. Ipodermoclisi di 10-20 cmc. al giorno con siero salato isotonico.

Iniezione di olio canforato (1-2 cmc. al giorno), di adrenalina se vi è collasso; bagni caldi a 38°. I fermenti lattici possono utilizzarsi al secondo periodo se le feci diventano fetide, ma vi è poco da sperare; mai prescrivere astringenti nè antidiarroici; verso la fine, bismuto, tannato di gelatina, salicilato di allumina.

D) *Colite dissenteriforme.* Inizio brusco con temperatura elevata (39°-40°) spesso con fenomeni di angina; compaiono poi i sintomi cardinali: scariche frequenti, muco-sanguinolente, con coliche e premiti; il bambino vorrebbe star sempre sul vaso; nei casi gravi, invece, non si muove dal letto.

La guarigione è la regola, ma spesso avviene molto lentamente ed il bambino ha una suscettibilità colica che dura a lungo.

Evitare di confondere questa sindrome con quella di invaginazione intestinale, in cui pure si hanno feci sanguinolente, ma con prevalenza dei fenomeni di occlusione. Il trattamento comprende:

1) Dietetica. Dieta idrica per 24-48 ore (anche con decotti di cereali); in seguito, pappe maltate per 2-3 giorni, passando poi alle minestrine leggere (tapioca, semolino, pastina, all'acqua od al brodo di legumi); non dare il latte (in polvere) che al 5°-6° giorno al più presto. Nella convalescenza, evitare le puree, le frutta crude (salvo le mele raschiate), ed i legumi verdi con molta cellulosa. Insistere sulla pastina, riso, carni ai ferri, pesce bollito, biscotti secchi, marmellate. Utili sono i brodi vegetali con leggera aggiunta di cacao.

Talvolta il siero antidissenterico Shiga può essere utile, somministrato per clisteri. Buoni sono i clisteri all'ipeca (60 grammi in 300 di acqua, bollire fino a ridurre a 150, passare per tela, od all'acqua ossigenata, od al decotto di malva.

Utili dopo la scomparsa della febbre i calmanti del peristaltismo intestinale (carbonato di bismuto, tannato di gelatina, salicilato di allumina). Nel periodo di convalescenza, lo stovarsol; per un bambino di un anno, 6 compresse da un centigrammo, ripartite in 3 prese all'inizio dei pasti, per 4 giorni la settimana durante un mese. *fil.*

I dolicocolon. Studio patogenetico.

(A. BERNARD e A. DE TAYARAC, *Gazette des Hôp.*, 22 giugno 1935).

La patogenesi dei dolicocolon è variamente considerata. Mentre i fisio-patologisti considerano gli allungamenti colici come una affezione acquisita e legata sia a fenomeni infiammatori sia a stasi intestinale, gli anatomisti non vedono nel dolicocolon che una malformazione congenita, sia di origine fetale sia di origine infantile. Nessuna delle teorie enunciate risolve però, secondo gli AA., il problema patogenetico dei dolicocolon, poichè ognuna di esse non considera che un aspetto della questione.

Non c'è dubbio che una variazione dei mesos, sia nella loro altezza sia nella loro fissazione alla parete può favorire la distensione di un'ansa. Una volta costituitasi l'ansa anormale appare tutta una serie di manifestazioni patologiche che è classico di considerare come formanti la sintomatologia delle dolicocolie. Esse sono: la stasi intestinale, la pneumocolia, e le crisi dolorose addominali a tipo subocclusivo. Questa triade sintomatica si complica talora al volvulo o a lesioni infiammatorie.

Ci si può domandare se non vi sia una relazione di causa ad effetto tra la malformazione anatomica e le manifestazioni patologiche.

Questa quistione ha sollevato due opinioni nettamente opposte. Gli uni non vedono nel dolicocolon che una curiosità anatomica senza alcun rapporto con i disturbi che ad esso vengono attribuiti; gli altri vedono nel dolicocolon una entità clinica definita.

Secondo Loëper il dolicocolon è una malformazione, non una malattia, ed esso diviene malattia solo quando si complica con colite. Chiray risponde distinguendo un periodo latente ed un periodo patente nella evoluzione del dolicocolon. Ma anche nel periodo di latenza, se si scruta attentamente la storia dei malati, si trovano segni di costipazione o di meteorismo addominale. Tutto al più la comparsa della colite accentuerebbe i fenomeni patologici già preesistenti.

Seguendo l'opinione di Chiray, gli AA. ritengono che il dolicocolon sia una entità anatomo-clinica e ritengono che essa sia dovuta a disturbi della motilità intestinale, favoriti da una predisposizione anatomica: anomalia di fissazione o di lunghezza dei mesos.

Due alternative si presentano che corrispondono ai periodi latente e patente di Chiray. O il dolicocolon resta clinicamente muto e passa inosservato, o appare la triade sintomatica corrispondente ad alcune turbe colitiche.

Come spiegare questa latenza di un dolicocolon costituito ed eventualmente messo in evidenza da una radiografia? Sembra agli AA. che ciò possa essere attribuito ad una buona musculatura intestinale per cui le contrazioni intestinali si compiono normalmente e la evacuazione non viene turbata. A buona musculatura, dolicocolon silenzioso.

Al contrario, quando compare la triade sintomatica, si constata radioscopicamente un transito intestinale disordinato, i gas si accumulano, l'intestino si distende, donde la pneumocolia che determina la stasi delle feci a monte, generalmente nel colon destro. Questa stasi si produrrà tanto più facilmente quando l'intestino presenta un certo grado di atonia muscolare.

Se il dolicocolon favorisce la stasi, questa a sua volta accentuerà la deformazione dolicocolica. L'intestino disteso e stirato permanentemente finirà per perdere ogni tonicità e questa atonia non sarà localizzata all'ansa dolicocolica ma si estenderà a tutto il colon. Poi appariranno le complicazioni, colite, pericolite spastica, mesosigmoidite retrattile, dovute alla stasi a livello di un segmento colico e alle fermentazioni e putrefazioni delle feci a questo livello. Queste complicazioni attireranno l'attenzione e faranno fare la diagnosi.

Questa ripercussione dei disturbi della motilità intestinale sulla patogenesi delle affezioni dolicocoliche è ancora messa in evidenza da alcune azioni terapeutiche. Alcuni trattamenti medicamentosi e specialmente il trattamento di Girault, basato sull'ingestione oraria di lassativi vegetali, di cui alcuni ad azione meccanica, gli altri ad azione chimica, hanno talora portato non solo ad un miglioramento delle manifestazioni patologiche, ma anche ad una repressione delle anse allungate.

Quanto al meccanismo di questi disturbi della motilità bisogna innanzi tutto pensare ad alterazioni del sistema nervoso vegetativo. Poco frequenti sono i casi in cui la presenza di un dolicocolon coincide con l'esistenza di lesioni delle ghiandole endocrine. È però dimostrato che alcuni estratti opoterapici e specialmente l'ipofisi, che esercita un potere di eccitazione molto marcato sulle fibre lisce intestinali, hanno un'azione terapeutica manifesta nel dolicocolon. Si è anche segnalata la azione di un ormone peristaltico duodenale che provocherebbe una importante vaso-dilatazione e delle contrazioni intestinali molto energiche. Ma quanto ad attribuire il dolicocolon ad una insufficienza dell'ormone peristaltico duodenale nulla è stato provato.

Per concludere, sembra indiscutibile che dei disturbi della motilità intestinale siano all'origine del dolicocolon. In conseguenza, il trattamento da preconizzare, al di fuori delle complicazioni giustiziabili con l'intervento chirurgico, sarà sopratutto fisiologico. Esso si rivolgerà a ristabilire il transito a livello del grosso intestino eccitando le funzioni motrici di questo, rieducando la motilità intestinale.

C. TOSCANO.

Gli estratti di mucosa gastrica (antigene lipoido-proteinico) nella terapia dell'ulcera gastro-duodenale.

(P. SAVY e P. ETIENNE-MARTIN. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 aprile 1935).

Gli AA., prendendo lo spunto dalle idee recentemente avanzate sulla specificità organica dei polipeptidi da una parte e dei lipoidi dall'altra, e sulla loro azione trofica elettiva sull'organo dal quale provengono, hanno provato il trattamento dell'ulcera gastro-duodenale a mezzo di un complesso lipoido-proteinico estratto dalla mucosa gastrica normale, allo scopo di agire sulla troficità della mucosa stessa.

L'antigene lipoido-proteinico è preparato a partire da una mucosa gastrica normale. Si tratta di un complesso ottenuto per idrolisi di una mucosa gastrica umana sia con la digestione pepsinica sia con il monobromacetone secondo la tecnica descritta da Sivori e Menitti.

La soluzione, nettamente acida (Ph fra 4 e 6) è dosata in unità peptoniche. Ogni ampolla contiene 10 unità peptoniche. L'unità peptonica rappresenta la più piccola quantità di antigene capace di dare una reazione del biureto visibile ad occhio nudo. A questi polipeptidi è aggiunta una piccola quantità di lipoidi in modo da ottenere un complesso lipoido-proteinico. di cui la tossicità è molto minore di quella di ciascuno dei suoi componenti.

Posta la diagnosi di ulcera, gli AA. iniziano la cura con iniezioni giornaliere o biquotidiane, secondo l'intensità dei dolori, di un'ampolla di 1 cc. contenente la dose di 10 unità peptoniche. La via di introduzione può essere sottocutanea, intramuscolare o endovenosa. Si può praticare l'iniezione sia prima che dopo l'ingestione degli alimenti.

Il numero delle iniezioni varia secondo l'intensità della crisi. Il dolore può cessare dopo una o due iniezioni, ma nei casi ribelli bisogna attendere la 10ª, la 15ª o la 20ª iniezione. Alle dosi indicate non esiste alcuna controindicazione.

Durante il trattamento è inutile continuare la medicazione sintomatica (bismuto, atropina ecc.).

L'alimentazione sarà ripresa appena cessati i vomiti e i dolori. Essa è in genere ben tollerata e non provoca il ritorno dei disturbi.

Dopo un periodo di calma è possibile che la sindrome ulcerosa riprenda. Si pratica allora una nuova serie di iniezioni con lo stesso ritmo.

Gli AA. non hanno mai lamentato incidenti locali o generali. Solo qualche volta si nota un lieve rialzo della temperatura dopo la prima iniezione. Le ematemesi non costituiscono controindicazione.

Gli AA. hanno curato in questo modo 14 casi di ulcera gastro-intestinale, ottenendo dei miglioramenti in 12 casi. Scomparso dopo poche iniezioni il dolore e il vomito, i malati riprendono l'alimentazione normale, il peso aumenta, le funzioni digestive si regolarizzano, l'ipercloridria diminuisce.

È attualmente difficile valutare la durata della fase di calma. Sembra che l'antigene agisca momentaneamente e che sia indispensabile ricominciare il trattamento al minimo segno di ripresa dei disturbi.

Manca la documentazione radiologica di eventuali modificazioni della nicchia.

Negli altri due casi l'azione dell'estratto fu solo transitorio. In altre sei osservazioni riguardanti ammalati con dolori a tipo di ulcera ma in cui non era in causa l'ulcera, il trattamento fu completamente inefficace.

In complesso le osservazioni sono ancora poco numerose perchè si possa tirare delle conclusioni sicure. Comunque gli AA. non vogliono vedere finora nel metodo proposto che un trattamento sintomatico della crisi.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

I. NORMAND. *Einheitliche Grundlage für die Diättherapie des Diabetes mellitus.* Un vol. in-8°, di 77 pagg., con 6 fig. F. Deutike, Leipzig e Wien. Prezzo RM. 4,50.

L'A. osserva che molte sono le diete proposte per la cura del diabetico, quali ricche, quali povere di alcuni dei principî alimentari e che per ognuna di esse si registrano dei risultati. Rileva, d'altra parte, che possono avere azione diabetogena anche i grassi ed i protidi e che la soppressione rigorosa dei carboidrati ne diminuisce la tolleranza, mentre questa può essere elevata somministrando, entro certi limiti, dei carboidrati.

La dieta, quindi, non deve essere costante ed uniforme, ma variata, intercalando ai giorni di carico, quelli di scarico dei principî alimentari ed applicando l'insulina soltanto nei casi in cui essa si dimostra necessaria. Dà, pertanto, dei consigli pratici in proposito ed unisce utili tabelle sulla composizione degli alimenti. Tale dieta ciclica, in cui si alternano giorni con forte prevalenza (rispettivamente scarsezza) dell'uno o dell'altro dei principî alimentari offre notevoli vantaggi in confronto con la consueta dieta mista. *fil.*

J. F. BERETERVIDE e S. ROSENBLATT. *Glandulas endocrinas y prostituction.* Editore « El Ateneo », Buenos-Ayres.

L'idea che le prostitute abbiano una costituzione psico-fisica diversa dalle altre donne è vecchia, ma non per questo comprovata ed accettabile.

Lo studio dei due AA. argentini che tendono a convalidare l'idea stessa con ricerche dell'apparato endocrino non sembrano persuasive.

Più convincenti sono i fatti apportati per dimostrare lo squilibrio ormonico indotto dal genere di vita e dalla particolare attività sessuale delle prostitute.

Il disindocrinismo sarebbe più l'effetto che la causa della prostituzione, e forse lo stesso può dirsi di molte anomalie morali delle venditrici di amore. DR.

H. GUGGISBERG. *Die Bedeutung der Vitamine für des Weib.* Urban & Schwarzenberg, Berlin, 1935. Mk. 12.

Le ricerche sulle vitamine sono tuttora in pieno fervore. Delle acquisizioni d'importanza enorme sia dal punto di vista puramente scientifico che pratico, sono state fatte. La preparazione sintetica della Vitamina C, la conoscenza della costituzione chimica della Vitamina D e dei prodotti intermedi che hanno origine dalla irradiazione dell'ergosterina, ne sono la più significativa espressione.

Le vitamine, che rappresentano tanta parte della scienza dell'alimentazione, devono essere anche tenute in primo piano nello studio delle malattie del ricambio e da carenza, di molte malattie endocrine, di alcune emopatie ecc.

In eugenetica specialmente si deve attribuire alle vitamine la massima considerazione. L'A. in questa monografia fa opera altamente sociale dimostrando la grande importanza che hanno le vitamine per la donna cui più direttamente e intimamente è affidato il compito della procreazione e della conservazione della stirpe.

Questo libro di facile lettura merita di essere segnalato agli studiosi oltre che per la completezza con la quale l'argomento viene trattato, anche perchè in esso sono in sintesi ricordate tutte le grandi conquiste che la vitaminologia ha fatto in così breve volger di tempo.

MESSINI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

DIVAGAZIONI

Le armonie della voce e l'analisi elettroacustica del linguaggio.

Ancora più dei volti, le singole voci hanno una loro propria fisionomia, per cui l'una è inconfondibile con l'altra. Dolce od irata, in tono di preghiera o di comando, la voce conserva immutate certe caratteristiche personali, per cui al solo sentirla, vediamo balzare viva la persona che la emette.

Eppure, l'anatomia anche fina non ci rivela sostanziali differenze fra gli individui; è lo stesso principio fisico che presiede in tutti alla formazione della voce ed anche i metodi fin qui seguìti per lo studio di questa, le stesse trepidanti fiamme manometriche di König, si sono dimostrati troppo grossolani per cogliere ed analizzare quelle minime particolarità che il nostro orecchio avverte inconsciamente nel riconoscere il timbro della voce.

È stato un acuto psicologo italiano, P. A. Gemelli che, utilizzando gli odierni progressi tecnici e con lunghe ricerche, in collaborazione con G. Pastori, è arrivato a cogliere ed identificare le differenze individuali delle varie voci, aprendo così la via a studi che non mancheranno di avere una profonda ripercussione nella scienza del linguaggio. Oltre che nelle pubblicazioni più sotto citate (1) il Gemelli ha anche esposto i risultati del suo lavoro in una recente conferenza alla Sorbona, che è stata accolta con vivo entusiasmo ed è stata seguìta da un elevato dibattito, pure a Parigi, alla Società di Fonetica, dove il Gemelli era stato invitato a chiarire alcuni punti della questione.

Non è certamente possibile descrivere qui i metodi e gli apparecchi usati, che mettono a contributo la fisica e l'ingegneria, la radiotecnica e la fotografia. Si tratta di usare microfoni capaci di raccogliere tutte le frequenze senza distorsioni di sorta; di combinare il film sonoro con l'oscillografo usando amplificatori di corrente che permettano di ottenere il massimo risultato; di raccogliere fotograficamente la curva come si fa, p. es., con l'elettrocardiografo.

Tutto questo da farsi in locali con perfetto isolamento elettrostatico ed elettrodinamico, assolutamente isolati anche fonicamente e senza fenomeni di riverberazione.

Si ottengono così delle curve in cui la durata delle singole particolarità viene misurata in millesimi di secondo. Lunghi tracciati che, per la semplice frase « non farmi male », pronunciata in meno di un secondo, hanno lo sviluppo di circa tre metri. Lo studio del tracciato, nel suo complesso, viene fatto con un procedimento che al musicista ricorda l'analisi di una fuga di Bach, con la suddivisione in periodi, di cui sono registrate le varie componenti; vi si studia il profilo delle curve e le caratteristiche dei fonemi transienti. L'esame morfologico è completato con l'applicazione di metodi algebrici ed elettromeccanici di analisi: lungo e paziente lavoro che esige una intera giornata per il conteggio necessario ad isolare da una curva fino al decimo sopratono.

Lo studio viene integrato raccogliendo altri elementi, quali il labiogramma, le vibrazioni dell'aria boccale e nasale, ecc., nonchè con l'uso di filtri elettrici, mediante i quali è possibile eliminare singole bande di frequenza e riconoscere così alcuni elementi caratteristici di un dato fonema da altri che non lo sono e gli servono da impasto e da sfondo.

I risultati fin qui ottenuti sono del massimo interesse. Troviamo anzitutto le caratteristiche morfologiche costanti del singolo fonema; altre, meno appariscenti ma pure nettamente riconoscibili, del tipo di voce maschile o femminile, voci che differiscono fra loro anche per l'altezza, rispettivamente per i cicli di frequenza; da ultimo, caratteristiche più fini, ma pur sempre riconoscibili e costanti nello stesso individuo, che costituiscono il carattere specifico, il timbro della voce.

Semplice è il profilo della vocale « u », con solo 1-2 armoniche, corrispondente al carattere acustico sordo e monotono. Oscillazioni di grande ampiezza, a cui si sovrappongono altre di frequenza elevata troviamo nella vocale « i ». Massima complessità troviamo nella vocale « a » che ha sopratoni di frequenza che arrivano anche a 6-7 volte quella fondamentale, con ampiezza, maggiore di questa.

Oscillogrammi meno tipici, ma con differenze individuali più profonde troviamo nelle vocali « o » ed « e », che sono quelle più ricche di sfumature e più soggette a differenze individuali e regionali.

Le differenze individuali che costituiscono il « timbro di voce » si trovano essenzialmente nel comportamento della prima e seconda armonica, nell'ampiezza relativa delle oscillazioni sinusoidali componenti il fonema, nonchè nel grado di variabilità qualitativa e quantitativa della struttura del ciclo. Costante per ogni individuo è la frequenza media del tono fondamentale.

Curioso è anche il rilevare come in voci simili, la variazione graduale e continua del ciclo è massima per le voci prive di attitudine e di educazione musicale, mentre in quelle educate si attenuano fino a scomparire. Si tratta forse di un fenomeno che richiama quello dei « battimenti » e che può spiegare l'effetto sgradevole di certe voci.

---

(1) A. GEMELLI e G. PASTORI. *I metodi dell'elettroacustica nello studio del linguaggio.* Contributi del Lab. di Psicologia, Serie sesta. Università Cattolica del Sacro Cuore. Soc. ed. « Vita e Pensiero », Milano, 1935.

ID. *Ricerche elettroacustiche sopra il « Timbro di voce » nel linguaggio parlato.* R. Accademia d'Italia. Classe di scienze fisiche, matematiche e naturali, vol. VI, Estr. n. 2, Roma, 1934.

Quasi prive di caratteristiche individuali sono invece le consonanti, sicchè solo nelle vocali noi troviamo la vera vita della voce.

Pure interessante è il fenomeno dei movimenti aciclici che si hanno al termine di una frase, vibrazioni che continuano la parola e che forse hanno un effetto nel dare alla voce il carattere di secca, dura, strascicata, vibrata. È il vero « Nachklang » che pur non essendo consciamente udito può suscitare un'eco nell'animo di chi ascolta.

I risultati di questi studi, di cui ho qui dato pochi e monchi cenni, fanno già intravedere un più ampio sviluppo di essi per addentrarci ancora meglio nella psico-fisiologia del linguaggio, con l'applicazione ai singoli individui, ai dialetti, alle lingue ed anche forse nella neuropatologia. E delle voci che ci irritano o ci offendono, ci commuovono o ci esaltano potremo così meglio chiarire il sottile e delicato meccanismo.

A. FILIPPINI

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 aprile 1935.

Presidente: Sen. Prof. DAVIDE GIORDANO.

Osteomielite pandiafisaria della tibia. Resezione totale. Rigenerazione completa dell'osso.

Dott. MOCCIA (Venezia). — L'O. comunica un caso interessante di osteomielite grave della tibia con pseudoartrosi da pregressa frattura secondaria a sequestrotomia. Egli praticò una resezione totale della tibia tardiva (dopo circa due anni dall'inizio del processo osteomielitico) ripromettendosi di fare in un secondo tempo un'infibulazione od un innesto.

Con sua grande sorpresa constatò dopo circa quattro mesi una ricostruzione così completa dell'osso da non essere più riconoscibile neppure il vecchio focolaio di frattura.

Il caso sta a dimostrare come l'osso si può rigenerare non solo dopo una resezione precoce, quando il periostio non è ancora alterato, ma anche molto tardivamente quando si potrebbe presumere che la facoltà rigenerativa del periostio sia profondamente alterata.

Il trattamento chirurgico delle sciatiche.

Prof. F. DELITALA. — L'O. riferisce nella sua comunicazione i risultati ottenuti intervenendo chirurgicamente in individui affetti da sciatica in cui erano state tentate inutilmente le comuni cure mediche. Nella diagnosi di queste particolari forme che possono trarre vantaggio dalla cura chirurgica, ha particolare importanza la indagine radiologica, la quale dimostra appunto le alterazioni scheletriche determinanti la sintomatologia dolorosa. L'O. presenta numerosi radiogrammi eseguiti prima e dopo l'intervento; presenta alcuni operati che immediatamente dopo l'intervento ebbero un notevolissimo miglioramento, descrive infine la tecnica operatoria la quale consiste nella resezione dell'apofisi trasversa della V vertebra lombare, non richiede uno strumentario speciale e non presenta difficoltà.

L'importanza clinica della cromoscopia gastrica.

Dott. POLICHETTI (Venezia). — L'O. dopo avere accennato ai criteri generali che regolano l'uso delle sostanze coloranti nelle prove funzionali del fegato e del rene, espone la tecnica dell'esame ed i risultati della propria esperienza in 50 cromogastroscopie col rosso neutro, iniettato nella quantità di 5 cc. della soluzione all'1 %, per endomuscolare od endovenosa, alla quale ultima accorda la preferenza, perchè ovvia alla causa di errore ritardato assorbimento e dà risultati più esatti e costanti.

Fra i dati da prendere in considerazione è solo il tempo di comparsa del colore nello stomaco, il cui studio egli ha rapportato ai valori del chimismo gastrico.

In linea di massima vi è, per quanto approssimata, corrispondenza fra tempo di cromoscopia ed acidità gastrica. Il rosso neutro, pur non potendo sostituire completamente, la raccolta frazionaria del succo gastrico per lo studio dell'acidità, si è dimostrato il reattivo più sensibile per la valutazione dello stato di funzionalità gastrica, dando nelle anacloridrie, i migliori risultati, poichè permette anche il distinguere le forme spurie di queste e desumere la presenza di acido cloridrico, neutralizzato, come negli operati gastrici, dal rigurgito duodenale e dalla bile.

La cromogastroscopia merita quindi di entrare, insieme agli altri esami, come metodo nello studio delle affezioni gastriche nella pratica clinica quotidiana.

La reazione di Kopaczewsky nel cancro.

Dott. POLICHETTI (Venezia). — Kopaczewsky, partendo dall'osservazione dell'aumento dell'acido lattico, dell'abbassamento della tensione superficiale e della presenza di alcune globuline nel siero di sangue dei cancerosi, ho visto che esso, trattato con acido lattico, gelifica rapidamente, in un'ora al massimo nella proporzione del 90 % dei duecento casi di tumori osservati.

L'O. ha esperimentato tale reazione, cimentando 2 cc. di siero fresco, trasparente, isolato dal sangue, raccolto a digiuno, con sette goccie di acido lattico, tenendo la miscela a temperatura di 20° e considerando come positiva la reazione, quando capovolta la provetta, il contenuto non si versa.

Egli ha avuto risultato positivo nella proporzione dell'84 % dei casi, esaminati in portatori di tumori.

A riprova, la reazione è stata negativa in tutti gli individui sani, nei quali l'ha esperimentata.

Come causa di errore vanno prese in considerazione la gravidanza e gli itteri (che danno la positività nel 16 %), le cirrosi (nell'8 %), le malattie infettive: la tubercolosi nella fase evolutiva (nel 20 %); perciò tenendo presente queste particolarità, un suo responso positivo è utile conferma diagnostica.

Data la sua semplicità, l'esattezza dei risultati, positivi in una percentuale più alta di tutte le prove finora proposte, pur non essendo una reazione assolutamente specifica, è da considerare utilissima nella diagnosi precoce dei tumori, e come tale va conosciuta ed eseguita, anche dal medico pratico, non avendo bisogno di speciale competenza o di grandi gabinetti con speciali attrezzature.

Rottura spontanea di utero in travaglio.

Dott. G. MONTANARI (Venezia). — L'O. descrive un caso di presentazione di spalla in cui durante il travaglio avvenne la rottura dell'utero. L'intervento praticato consistette nella isterectomia e fu seguito da esito favorevole.

Il Segretario.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta ordinaria del 6 giugno 1935.

Presidente: Prof. MERLETTI.

Voluminoso calcolo dell'uretra peniena.

F. FARNETI e M. MAIOLI. — Gli OO. riferiscono su di un caso di calcolosi uretrale in un uomo di 32 anni, che fino dall'infanzia soffriva di disturbi periodici della minzione. Si tratta di un calcolo unico, del peso di gr. 27 e delle dimensioni di mm. 40 × 25, che aveva determinato ritenzione completa di urina, le manovre di cateterismo hanno indirizzato esattamente la diagnosi; il calcolo è stato estratto mediante uretrotomia.

Gli OO. discutono la patogenesi del calcolo e concludono col ritenerlo di origine autoctona.

Il fenomeno di Shwartzman-Sanarelli ottenuto col filtrato di Streptothrix.

Prof. G. DE ANGELIS. — L'O. usando la tecnica secondo Shwartzman, ha ottenuto nel coniglio la reazione emorragica fortemente intensa con filtrato di brodo-coltura di streptotricea, in confronto che con filtrato batterico attivo nel qual caso la reazione suddetta fu meno intensa.

Ricerche sull'ultravirus tubercolare. L'inoculazione di filtrato tubercolare nel topino bianco.

Prof. G. DE ANGELIS. — L'O. pigliando spunto da una delle più forti obbiezioni mosse alla esistenza di un elemento filtrabile nel virus tubercolare e precisamente la possibile esistenza di una latenza bacillare nella cavia sana, si è chiesto se altro animale diverso da questo roditore, e discretamente sensibile al virus tbc. e d'altra parte non sospetto di latenza bacillare, non potesse rilevare gli stessi fatti osservati dagli AA. nella cavia. Le esperienze fin qui fatte, inoculando sotto cute a 4 topini filtrato di organi riccamente bacilliferi di cavia, hanno dato i seguenti risultati: nella milza fortemente ipertrofica di due topini sacrificati al 25° giorno si potè osservare dopo lunga ricerca qualche netto bacillo acidoresistente. Anche i gangli linfatici erano aumentati di volume ma non furono oggetto di ricerca. Un altro topino era morto all'indomani dell'inoculazione. Il quarto lasciato a sè morì al 90° giorno, con milza ingrossata, ma reperto negativo microbico. Notevole che l'inoculazione nella cavia di 2/3 della milza dei due animaletti sacrificati fu seguita da tubercolosi nodulare generalizzata con reperti di bacilli acido-resistenti. Si sarebbe avuto così in primo passaggio dal topino nella cavia ripresa della virulenza del microbo uscito dall'elemento filtrabile, così come a volte è stato osservato dagli AA. sperimentando nella cavia.

Streptotrix e cancro del topino.

Prof. G. DE ANGELIS. — L'O. dopo le conoscenze sperimentali sul topino — in verità non sempre nettamente conclusive — su di un antagonismo cancro e tubercolosi ha voluto sperimentare con una streptotricea acido-resistente, patogena per il topino, contro un tipo di adenocarcinoma trasmissibile a questo animale. Richiamando naturalmente al lavoro in extenso le note di tecnica e l'esposizione della streptotricea in questione si è rilevata deleteria per il cancro sviluppato: il neoplasma (purchè non molto avanzato nel suo sviluppo), dopo in media 6-8 giorni dall'inoculazione dell'ifomicete, viene arrestato nel suo accrescimento, rimane per breve tempo stazionario, indi va incontro ad un processo di involuzione fino alla totale scomparsa. Il processo di involuzione avviene in due modi: o per riassorbimento interno sottocutaneo, o per opera di una ulcerazione interna, secca, in cui non attecchisce flora microbica, e alla quale segue riparazione completa del tegumento. Gli animali crescono bene, si dimostrano fecondi, e risultano refrattari ad ulteriore innesto dello stesso tipo di adenocarcinoma.

MELLI-TONINI. — Gli OO. presentano un caso di corionepitelioma, il quale sia nell'inizio che durante lo svolgimento della malattia poteva facilmente prestarsi ad errori diagnostici poichè la sintomatologia è sempre stata espressione delle varie metastasi e mai della prima localizzazione uterina.

La malata due mesi prima aveva avuto un parto a termine perfettamente fisiologico anche nel secondamento.

Le metastasi erano a carico del cervello, del rene e dell'intestino.

Discussione: Prof. MERLETTI.

Batteri anaerobi della vagina in donne gravide e puerpere sane.

Dott. R. VIGNOCCHI. — L'O. dall'esame della letteratura dell'infezione puerperale da anaerobi, rileva che in contrasto con l'opinione comune che essa sia rara e di poco conto, stanno, invece, casi numerosi, e di notevole gravità. Data l'incompletezza degli studi riguardanti la flora batterica anaerobica vaginale in condizioni normali, l'O. ha studiato da questo punto di vista e con tecnica anaerobica conveniente il secreto vaginale di venti donne gravide e puerpere sane ottenendo tre risultati positivi pari al 15 %. In un caso venne isolato il vibrione settico, in un altro il perfringens, nell'altro caso il b. sporogenes di Metschinikoff: tutti si sono mostrati nella cavia scarsamente virulenti. Ma se tali germi vivono allo stato latente e pressochè innocui non è escluso che per condizioni svariate essi possano però riattivarsi, riacquistare rapidamente un potere patogeno tale da diventare causa di infezioni generali gravissime, quali sono descritte numerose nella letteratura.

Ne deriva essere assolutamente necessario, nell'infezione puerperale, ricorrere all'emocoltura precocissima a scopo diagnostico per potere eventualmente dirigere gli sforzi terapeutici ad un obbiettivo ben definito e con mezzi ad esso acconci.

Risulta inoltre confermato il principio seguito anche dalla Scuola di Ferrara, per il quale in condizioni di parto e puerperio normali ci si attiene alla completa asepsi e, invece, si interviene con una antisepsi attiva e diretta appena compaiono i segni del risveglio dalla flora vaginale.

Discussione: Prof. MERLETTI.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Complicazioni osteo-articolari della tifoide.

Le localizzazioni osteo-articolari della tifoide si hanno verso la fine del periodo acuto e più tardivamente; colpiscono le ossa piatte come quelle lunghe.

Le osteo-periostiti tifiche delle ossa lunghe finiscono spesso con la suppurazione; altre volte si hanno lesioni, che vanno dalla semplice esostosi alle suppurazioni fredde, che ricordano il processo tubercolare.

Raramente si ha la necrosi di una placca ossea o l'ascesso centrale osseo.

L'osteo-periostite tifica assume subito il tipo doloroso, neuralgico e può simulare delle nevralgie intercostali. La tumefazione ossea compare più tardi. L'evoluzione si fa per attacchi successivi, intermezzati da periodi di calma. Si ha una forma osteo-algica pura ad attacchi dolorosi ed a sintomatologia reumatica, in vicinanza delle articolazioni.

I pseudoreumatismi articolari e le artriti acute evolvono in modo quasi freddo. La spondiloartria si manifesta verso il 6°-7° settenario con rachialgia sorda continua, a parossismi; dolori il più spesso notturni, irradiantisi verso le natiche ed il bacino; febbre leggera, rigidità lombare. Si notano disturbi della sensibilità obbiettiva (striscie di iperestesia e, più tardi, di ipoestesia); rari i disturbi motori.

Si hanno talora segni di reazione meningea. Evoluzione lenta con periodi di remissione e di nuovi attacchi; sono state descritte delle deformazioni vertebrali. Da segnalarsi anche la localizzazione sullo scafoide.

Secondo P. Silhol (*Journ. des praticiens*, 13 marzo 1935) la diagnosi si deve basare essenzialmente sulla prova batteriologica; errori possibili con la sifilide, la tubercolosi, specialmente per l'ascesso freddo costale ed il morbo di Pott.

L'A. ha grande fiducia nella vaccinoterapia; in seguito, eventualmente, potrà imporsi la cura chirurgica. *fil.*

Diagnosi differenziale della coxalgia tubercolare iniziale.

Prima che il quadro clinico sia totalmente sviluppato, le coxiti tubercolari attraverso un periodo di pura coxalgia, a volte assai lungo, durante il quale la diagnosi differenziale con le altre forme dolorose dell'anca è particolarmente delicato; d'altra parte è anche infinitamente utile fare una diagnosi precoce.

Cuneo (*Jour. des. praticiens*, n. 23, 8 giugno 1935) delinea i criteri per questa diagnosi: esiste un inizio lento, insidioso con dolori all'anca; fastidio nella deambulazione; abbassamento della plica della natica; atrofia muscolare, adduzione della gamba colpita, adenopatia ed infine radiologicamente riduzione e poi scomparsa dell'interlinea articolare.

Le possibilità di errori diagnostici variano con le varie forme di inizio del male. Se l'inizio è acuto si può confondere con tutte le artriti acute dell'anca, con osteomielite dell'estremità superiore del femore sia nella sua forma primitiva che in quella secondaria per esempio a un flemmone perinefritico ecc.

Per lo più però l'inizio è cronico. Allora si può erroneamente pensare a una sciatica; a una coxalgia isterica. In questo caso il dubbio a volte resta insoluto potendo la radiografia risultare negativa in entrambi i casi. L'A. dà importanza alla adenopatia che manca nella forma isterica.

Nell'adolescenza, la epifisite, la decalcificazione semplice, l'appiattimento della testa femorale possono mentire il periodo coxalgico della coxite tubercolare. Secondo Cuneo gioverebbe in questo caso la palpazione rettale che dimostrerebbe una dolorabilità alla pressione sul fondo del cotile, che mancherebbe nella coxalgia tbc.

L'artrite blenorragica dell'anca è anch'essa causa di facili errori: questi si evitano rilevando la blenorragia in atto, i dolori violentissimi, l'inizio acutissimo; anche qui la adenopatia deve immediatamente orientare verso la tubercolosi.

Altra diagnosi differenziale va fatta con i tumori ossei ed è veramente difficile all'inizio.

In conclusione queste diagnosi differenziali sempre delicate si basano sopratutto sull'esistenza di adenopatia, su esami radiografici ripetuti in serie, e sulla palpazione rettale.

L. TONELLI.

Cisti del menisco esterno del ginocchio in bambino.

Secondo M. E. Sorrel (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 734-18-1935) l'evidenza del caso consiste non solo nel fatto che la cisti era presente in una bambina di undici anni, ma specialmente per il volume della cisti, che sorgendo dal menisco esterno produceva tumefazione visibile nel lato esterno del ginocchio, e passando sotto il tendine rotuleo tumefazioni gravi della stessa grandezza nel lato interno.

Nell'operazione per asportare le cisti completamente fu dovuto sezionare il tendine rotuleo.

La bambina è guarita perfettamente.

U. BRACCI.

La pomata all'ossido di mercurio nella pratica dermatologica.

Le pomate all'ossido giallo di mercurio hanno un'azione antisettica notevole, che le rende preziose per l'oftalmologo ed il dermatologo.

Darier ha insistito sulla loro efficacia nelle dermatosi micosiche; il potere antisettico viene accresciuto incorporandovi dell'acido salicilico e della resorcina. La formula di Darier è la seguente:

Ossido giallo di mercurio . g. 1
Acido salicilico
Resorcina . . . . . . ana g. 0,30
Vaselina
Lanolina
Sugna . . . . . . ana g. 10

Tale formula, chimicamente, è un'eresia, data l'incompatibilità esistente fra il sale di mercurio, l'acido salicilico e la resorcina. Ed è forse appunto per questo, che si forma del mercurio allo stato nascente che si dimostra particolarmente attivo. L'esperienza mostra, è fatto, che essa ha eccellenti effetti nell'impetigo, l'ectima, l'intertrigo, le ulcere varicose, gli eczemi microbici, ecc.

A. Sézart, però, (*Presse médicale*, 29 maggio 1935) ne segnala anche alcuni inconvenienti.

Anzitutto, non tutti i malati la tollerano; nel 3 % circa, essa provoca dermite artificiale, che costringe a sospenderne l'uso; si deve allora ricorrere ad altre preparazioni antisettiche, come la pomata o la crema di Alibour. Per evitare il rischio di tale reazione, si può saggiare la tolleranza del malato per mezzo di un test cutaneo con la pomata stessa; la formazione di una reazione vescicolo-edematosa entro 24 ore indica l'intolleranza.

Bisogna inoltre tener presente che non si deve far precedere l'applicazione della pomata da spennellature di alcool jodato o di tintura di jodio, poichè si formerebbe del bijoduro di mercurio, che provoca una viva reazione infiammatoria.

Da ultimo, si deve evitare di applicare tale pomata su una larga superficie cutanea e continuare per molto tempo; si potrebbe avere stomatite con albuminuria, per assorbimento di mercurio. *fil.*

Il trattamento delle ustioni.

J.-C. Rudler (*Bulletin médical*, 18 maggio 1935) consiglia nelle *ustioni estese in superficie*, di prevenire lo sviluppo della fase tossica mediante iniezioni endovenose di siero salato ipertonico (al 10 %); 20 cmc. ogni 3 ore e la somministrazione di abbondanti bevande: 3-4 litri nelle 24 ore (di cui, se il malato non vomita, 1-2 litri di tisane al bicarbonato di sodio); ipodermoclisi di 500 cmc. di siero fisiologico, al giorno.

Inoltre, polverizzazione delle ustioni con soluzione di acido tannico (fatta estemporaneamente in ragione di 25 grammi per litro, con aggiunta di 4-6 grammi di bicarbonato di sodio). In mancanza di un polverizzatore a parti metalliche cromate, si potrà usare una siringa da 20 cmc. con un ago finissimo. Le polverizzazioni si ripetono ogni 4-6 ore. Prima della polverizzazione si procederà alla disinfezione meccanica (asportazione di tutte le parti carbonizzate, dei detriti di vestiti, delle flittene) e chimica (benzina).

Nelle *ustioni poco estese*, si applicheranno delle compresse sterili, imbevute della soluzione di acido tannico al 2,5 %, su cui si metteranno delle falde di cotone non idrofilo, poi qualche giro di fascia. La medicatura non si rinnova e la si lascia tale quale fino al 12°-14° giorno, in cui la crosta si stacca spontaneamente e viene via, togliendo la medicatura. La epidermide si trova allora interamente e perfettamente ricostituita. *fil.*

IGIENE.

Il controllo della pastorizzazione del latte.

La pastorizzazione del latte deve oscillare fra Scilla e Cariddi, nel senso cioè di uccidere i germi patogeni eventualmente esistenti, senza alterare le qualità. Di fatto, tenendo il latte a 55°, non si uccidono alcuni dei principali germi patogeni (tifo, tubercolosi, streptococchi) mentre, d'altra parte, riscaldando il latte a 70° si ha la distruzione degli enzimi, la precipitazione delle albumine, la modificazione del sapore. È soprattutto importante il riconoscere se la temperatura di 63° è stata raggiunta e mantenuta abbastanza a lungo. Si possono usare le prove seguenti.

La *reazione argentica*, consistente nell'aggiungere a cmc. 0,1 di siero di latte, cmc. 0,1 di soluzione di nitrato d'argento a 1/1000, diluendo poi con cmc. 1 di acqua distillata. Si espone il tubicino alla luce solare. Il siero di latte crudo o non tenuto a 63° per mezz'ora rimane limpido ed al fondo della provetta si forma un deposito nero; invece, il siero di latte pastorizzato diventa di colore bruno. Nella colorazione del siero, si osservano parecchie gradazioni secondo la temperatura a cui il latte è stato tenuto; a 33°, la miscela appare come quella con latte crudo, a 43° è debolmente bruna, a 53° è bruna, a 63° fortemente bruna. L'apprezzamento è, quindi, un po' soggettivo, ma con una certa pratica si può raggiungere lo scopo.

La *prova di affioramento*, basata sul fatto che il latte crudo dà uno strato di crema che è circa sette volte maggiore di quello del latte pastorizzato a bassa temperatura; il latte in esame va tenuto a temperatura piuttosto bassa (circa 5°).

Anche la *conservabilità* può essere utile per un giudizio; si lascia il latte a 25°; dopo 24 ore, il latte crudo è per lo più coagulato, mentre quello pastorizzato non lo è. La determinazione dell'acidità indica già dopo 12 ore un aumento notevole per il latte crudo, mentre è scarso per quello pastorizzato.

Con queste semplici prove (oltre ad altre più di competenza del laboratorio, come p. es. quella della viscosità) si può giudicare se il latte ha subìto un trattamento sufficiente per uccidere i principali germi patogeni. *fil.*

TECNICA

Metodo rapido per la diagnosi batteriologica di difterite.

B. Brahdy, M. Lenarsky, L. W. Smith e C. A. Gaffney (*Journ. amer. med. ass.*, 25 maggio 1935) hanno escogitato un nuovo metodo per la diagnosi rapida di difterite.

Dei tamponi di cotone, montati per il prelevamento, sterili, vengono imbevuti con siero normale di cavallo, non diluito, senza nessuna aggiunta; i tamponi vengono premuti leggermente contro il tubo, in modo da scacciare l'eccesso di siero. Si levano dal tubo e si scaldano leggermente sulla fiamma, in modo da ottenere una superficie coagulata e distruggere gli anticorpi. Il tampone si usa poi per il prelevamento; soltanto che, invece di strisciarlo sul mezzo di coltura, lo si mette direttamente in termostato (la tasca del medico può bene servire a tale scopo). Dopo 2-4 ore, se ne fanno strisci, che si colorano nel modo consueto. I controlli fatti con le colture in Löffler (gli AA. non hanno usato i terreni di Pergola) hanno dimostrato che il metodo risponde perfettamente; in nessun caso, il Löffler è stato positivo quando il metodo degli AA. era negativo. *fil.*

La ricerca del bacillo di Koch nelle feci e nel pus degli ascessi freddi.

I. Molinari (*Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*, maggio 1935) ha sperimentato diversi metodi culturali per la ricerca del bacillo di Koch nelle feci. Egli ha trattato il sedimento fecale con: antiformina, secondo Hulenuth; idrato sodico, secondo Petragnani; tripaflavina, antiformina e acido solforico, secondo Ogawa Tatsuji; acido solforico, secondo Hohn; acido cloridrico, secondo S. Lichtenstein. Dai complessivi risultati ottenuti ha tratto le seguenti deduzioni: l'uso della antiformina danneggia lo sviluppo del bacillo di Koch; l'idrato di sodio dà sviluppo di germi banali che impediscono la crescita del bacillo della tubercolosi; il metodo di Ogawa e quello con acido solforico hanno pure essi degli inconvenienti. L'A. ha ottenuto risultati ottimi col trattamento delle feci di tubercolosi con la soluzione di acido cloridrico al 10 %: l'acidità del sedimento mentre impedisce la crescita dei germi banali non nuoce allo sviluppo del bacillo di Koch. Con tale metodo egli ha ottenuto sempre lo sviluppo della cultura pura in 14-18 giorni. La frequenza del reperto positivo è stata nelle forme di tbc. aperta di 20 positivi su 25 soggetti tubercolotici, nelle forme chiuse (pleuriti, ascessi freddi ecc.) di 3 su 5.

L'A. ha applicato questo metodo anche alla ricerca del b. di Koch negli ascessi freddi e negli essudati pleurici e peritoneali con buoni risultati. VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Le curve del contenuto alcoolico del sangue.

Il contenuto in alcool nel sangue dopo l'ingestione di una bevanda alcoolica varia, secondo che si tratti di astemî o di forti bevitori. E. Fleming e E. Stotz (*Arch. neurology a. psichiatry* e *Journ. amer. med. ass.*, 25 maggio 1935) hanno fatto esperienze in proposito su 25 forti bevitori, 15 bevitori moderati e 12 astemi. Le curve del contenuto in alcool nel sangue (determinato col metodo di Nicloux modificato) dimostrano che la quantità dell'alcool sale più rapidamente, raggiunge un livello maggiore e cade più rapidamente nei forti bevitori che negli astemî; per i bevitori moderati, si hanno dati intermedî.

La quantità di alcool nel liquor sale più rapidamente, raggiunge un livello più alto e cade più rapidamente nei forti bevitori che nei moderati; negli astemi si hanno dati intermedî.

Nelle psicosi alcooliche, si hanno curve che rassomigliano a quelle dei forti bevitori; nel gruppo degli schizofrenici, somigliano invece a quelle degli astemî. *fil.*

VARIA

La fauna nell'alta atmosfera.

L. Berland (*Nature*, 15 ottobre 1934) ha ripetuto in Francia le ricerche fatte da Coad negli Stati Uniti sulla fauna dell'alta atmosfera.

Mediante un particolare dispositivo ha potuto raccogliere a 1500-2000 metri d'altezza numerosi insetti e per ordine di frequenza: ditteri, tisanotteri, emitteri, imenotteri, un coleottoro ed anche qualche aptero. Tutti questi insetti hanno piccole dimensioni, non superiori ai 3 mm. ed hanno scarsa potenza di volo. Sono trascinati negli strati alti dalle correnti calde ascensionali o dai venti e vi rimangono indefinitamente flottandovi secondo i movimenti dell'aria.

Sono stati raccolti anche detriti vegetali (stami, residui di graminacee, fibre varie, fili d'erba e perfino una spiga di loglio con una parte del fusto), nonchè frammenti minerali.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. ROASENDA e P. E. MASPES. *Sui rapporti tra alcune manifestazioni di Parkinsonismo post-encefalitico, sindromi isteriche e sindromi catatoniche.* — Tip. Ed. Minerva, Torino, 1934.

G. GUERRINI. *Dell'influenza delle luci monocromatiche sull'azione del bac. proteus vulgaris su di alcuni proteidi, lipidi e glucidi.* — Ind. Grafiche A. Nicola, Varese, 1934.

C. C. MONTECCHI. *Contributo allo studio dell'alcoolterapia endovenosa nelle affezioni polmonari suppurative.* — Tip. Operaia Mantovana, Mantova, 1934.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

La difesa del lavoro.

La vecchia immagine retorica dell'aspro cammino della vita lungo il quale gli stanchi e i malati cadono, mentre gli altri proseguono senza soffermarsi, come soldati in guerra, risponde purtroppo..., o meglio rispondeva, alla spietata realtà.

Salvo qualche categoria di lavoratori, la maggioranza di essi correva l'alea che le malattie, la vecchiaia, la disoccupazione, li gettassero da un momento all'altro sul lastrico: la solidarietà nazionale, che s'invocava a gran voce quando il pericolo comune richiedeva sacrifizi da tutti, non aveva saputo occuparsi delle classi diseredate; deficienza di organizzazione sociale di antichissima origine, che era stata una causa di debolezza anche per le antiche civiltà, compresa la compagine romana.

Grazie all'*Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale* (in origine *Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali*), si provvede ora, con premura e con affetto, ai lavoratori, i quali forse non si rendono conto dei vantaggi di cui godono, della grande sicurezza che viene ad essi dal grande Istituto, nè dei sacrifizi che per essi sostengono i datori di lavoro. Quando avranno ben compreso, ricambieranno lavorando con più impegno e con maggiore coscienziosità e attività, forti di un senso di sicurezza e animati da un più vivo attaccamento alle istituzioni patrie.

Questa difesa integrale del lavoro voluta dal Regime, comprende molte manifestazioni, tutte di grande importanza: l'assicurazione obbligatoria contro l'*invalidità* e la *vecchiaia*, contro la *disoccupazione*, contro la *tubercolosi*, contro le *malattie professionali*, a favore della *maternità operaia*, dei *malati* (mediante le Casse mutue malattie e l'assistenza igienica e sanitaria ai lavoratori), dei *pensionati* (col miglioramento delle pensioni). Per la *gente di mare* (considerata a parte pel suo carattere speciale) v'è poi, pure in dipendenza dell'Istituto, la Cassa Nazionale di previdenza per la gente di mare.

La previdenza sociale è perciò abbracciata nel suo complesso, pur non avendosi ancora l'*assicurazione generale contro le malattie*, che non è obbligatoria (il problema è di soluzione assai difficile) e restando esclusa l'*assicurazione contro gl'infortuni*, che ha organi proprî in quanto è a carico esclusivo dei datori di lavoro. Infine l'Istituto si occupa anche del Fondo di Previdenza per gli *agenti delle ferrovie e tramvie concesse all'industria privata*, e della Cassa Nazionale per gli *assegni familiari* agli operai dell'industria.

Alcune cifre saranno più eloquenti di qualsiasi considerazione. Nel 1934 l'Istituto ha liquidato 61.000 pensioni (somme di 1000 a 4000 lire annue) per inabilità e vecchiaia, dell'importo di 60 milioni di lire, oltre quelle concesse negli anni precedenti, le quali portano l'onere a 335 milioni l'anno; ha assistito 37.000 tubercolotici in sanatorî, a domicilio o in ambulatorî, con una spesa di oltre 145 milioni (contro 142 d'introiti); ha accettato 78.500 domande di assegni contro la disoccupazione, con una spesa di 121 milioni (introiti 124 milioni), per oltre 37 milioni di giornate (di un importo sino a L. 3,75 ciascuna). L'attrezzatura sanatoriale è grandiosa: il programma, in gran parte già realizzato, prevede una disponibilità di 20.400 posti-letto in 61 sanatori; molti dei quali sono imponenti, come il villaggio sanatoriale di Sondalo, l'ospedale sanatoriale « Carlo Forlanini » in Roma e l'Ospedale sanatoriale di Vialba; un miliardo di lire è già direttamente ed esclusivamente impegnato nella lotta contro la tubercolosi.

L'Istituto ha basi solidissime, tanto che ha potuto contribuire finanziariamente e potentemente ad opere d'utilità pubblica, erogando dal 1922 al 1934 circa 7 miliardi di lire, di cui oltre 2 per opere di bonifica, oltre 1 per costruzioni ferroviarie, pure più di 1 miliardo per mutui a comuni e province, e molte centinaia di milioni per l'edilizia popolare, per imprese idro- e termo-elettriche, per società di navigazione marittime e opere varie di pubblica utilità, come acquedotti, ecc.

L'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale ha raccolto in un nitido volume (1) dati documentativi, nonchè riuscite fotografie di qualcuna delle opere finanziate; il volume si scorre con profondo interesse e dà un'idea della magnifica organizzazione di previdenza sociale voluta dal Regime. L. VERNEY.

(1) « L'attività dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale »; in-8° grande, di pag. 30, con numerose tavole, Roma, 1935 - A. XIII.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Lo stato sanitario del Regno nel 1934.

La Direzione Generale di Sanità Pubblica (Istituto di Sanità, Sezione di Epidemiologia) espone nel « Bollettino sanitario » per il 1934 le principali notizie che permettono di farci un'idea delle ottime condizioni sanitarie in cui si trova il nostro Paese, condizioni che vanno migliorando di anno in anno.

Primo indice, la *mortalità generale* che, dal quoziente di 17,3 per 1000 nel quadriennio 1922-25, è venuta gradatamente abbassandosi a 13,67 nel 1933 ed a 13,28 nel 1934; cifre basse non mai raggiunte e che possono stare a confronto con quelle di altri paesi, risultando anzi a nostro vantaggio il maggior quoziente di natalità (23,4 nel 1934).

Ed è proprio per le malattie infettive, cioè per quelle contro le quali è più efficace la lotta, che si verifica la maggior diminuzione nella mortalità. Basti citare, a tale proposito, la tubercolosi (per cui da 54.200 morti nel 1920-22, siamo discesi a 39.225 nel 1934) e la malaria (da 4385 morti nel 1920-22 a 2242 nel 1934). Nessuna diminuzione apprezzabile si è avuta invece per le malattie contro le quali poco può fare la medicina preventiva, come per le malattie cardiache, renali, diabete; un aumento si va verificando per i tumori maligni, aumento però che in parte è fittizio.

Notevolissima la diminuzione della *mortalità infantile*, che nel 1934 si è abbassata per la prima volta sotto il quoziente di 100 (per 1000 nati vivi), cioè a 98,7, mentre era ancora di 125,7 nel 1922-25. Le grandi provvidenze del Regime in materia dimostrano qui la loro efficacia.

Altri indici rivelatori del miglioramento nello stato sanitario li troviamo nell'aumento dell'età mediana dei morti (passata da 5 anni nel 1872 a 54 nel 1932), della vita media (da 35,4 anni nel 1881-82 a 54,9 nel 1930-32), della vita probabile (passata rispettivamente da 33 anni e 6 mesi a 66), ecc.

Un andamento analogo a quello della mortalità presenta la *morbosità per malattie infettive*, quale risulta dalle denunzie obbligatorie; per alcune malattie troviamo un aumento (febbre tifoide e paratifi, febbre ondulante, dissenteria, meningite cerebro-spinale, poliomielite anteriore acuta, malaria, anchilostomiasi); sono invece in diminuzione scarlattina, difterite, pertosse, influenza e stazionarie la varicella, l'encefalite epidemica e la lebbra.

Un fatto importante da mettersi in rilievo anche per il 1934 è l'assoluta assenza di casi di vaiuolo, per cui l'Italia da più di un decennio è da considerarsi indenne da manifestazioni di tale malattia.

Il *morbillo* è in una fase di recrudescenza, quale si osserva periodicamente; tendenza all'aumento, pur con piccole oscillazioni annuali, presenta dal 1930 la *difterite*, che nel 1934 ha dato un numero minore di casi che non nel 1933. La *febbre tifoide* (con i paratifi) è ovunque in diminuzione nelle città ed è ora da considerarsi come malattia prevalentemente rurale. In nessuna delle manifestazioni epidemiche di essa, si è potuto provare l'origine idrica, mentre invece il contagio (diretto od indiretto) fornisce la spiegazione della maggior parte dei casi. Una certa recrudescenza epidemica si è avuta per la *malaria*, fenomeno del resto caratteristico per tale malattia, a cui possono aver contribuito anche altri fattori, come, p. es., la maggior attenzione portata ai singoli casi ed il grande numero dei lavoratori impiegati in zone dove si iniziava la bonifica integrale.

In complesso, quindi, l'andamento delle malattie infettive, della mortalità e degli altri fatti demografici dimostra come le provvidenze igienico-sociali del Regime e la scrupolosa sorveglianza da parte di chi è addetto alla Sanità pubblica contribuiscano a dare uno stato di cose pienamente soddisfacente.

fil.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Mantova 8 agosto; Perugia, Reggio Emilia, Trieste, Udine 10 agosto; Savona, Taranto 14 agosto; Belluno, Cagliari, Como, Enna, Gorizia, Novara 15 agosto; Viterbo 16 agosto; Bergamo, Brindisi, Matera, Varese 16 agosto; Avellino 22 agosto; Benevento 25 agosto; Grosseto, Pavia 27 agosto; Avellino, Ragusa 29 agosto; Bologna, Cremona, Grosseto, Milano 10 agosto; Alessandria, Aquila, Brescia, Caltanissetta, Catanzaro, Cuneo, Ferrara, Frosinone, La Spezia, Littoria, Massa, Macerata, Napoli, Nuoro, Pescara, Piacenza, Pisa, Pistoia, Pola, Potenza, Ravenna, Rieti, Roma, Salerno, Siracusa, Sondrio, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Treviso, Venezia, Vercelli, Verona 31 agosto; Chieti, Sassari 15 settembre; Aosta 1 ottobre; Bolzano 10 ottobre.

Per Udine proroga al 10 settembre (ore 18).

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I »*. — Cercansi medici assistenti, età massima anni 35, per servizio interinale nel Reparto Chirurgia. Inviare subito documenti rito e professionali alla Segreteria dell'Ospedale.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I »*. — Al 15 agosto, ore 15; aiuto chirurgo; titoli ed eventualm. esami; età limite 35 anni al 15 lug.; prestazioni gratuite, salvo compartecipazione sui proventi. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria dell'Amministrazione.

BARI. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Direttore medico; proroga al 15 agosto.

BELLARIA DI RIMINI (*Forlì*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Indennità per mezzo di trasporto L. 2000 e caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 10 agosto 1935.

CARPINELLO (*Forlì*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Indennità per mezzo di trasporto e caro viveri come per legge. Limite di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 10 agosto 1935.

CORPOLÒ DI RIMINI (*Forlì*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Indennità per mezzo di trasporto L. 3000 e caro viveri come per legge. Limite di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 10 agosto 1935.

DOLO (*Venezia*). *Ospedale Civile*. — Al 25 settembre, ore 18; chirurgo primario; L. 6000 e 4 quadrienni dec.; età limite 40 anni al 18 giugno. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Scad. 31 agosto, ore 17; assistente del Laboratorio di ricerche cliniche e batteriologiche e del turno per le malattie infettive; titoli ed esami; età limite 30 anni; L. 6400 lorde, indennità c.-v. e altre; nomina e due conferme biennali. Tassa L. 50. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

FIUMANA DI PREDAPPIO NUOVA (*Forlì*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 10.000, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Indennità per mezzo di trasporto L. 2500 e caro viveri come per

legge. Limite di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 10 agosto 1935.

LIVINALLONGO (*Belluno*). — Posto di medico condotto consorziale. Stipendio L. 8000 annue, oltre 5 aumenti quadriennali del decimo. Se ufficiale sanitario L. 500. Per manutenzione ambulatorio L. 500. Indennità per mezzo di trasporto: se con bicicletta L. 1000; con motocicletta L. 2000; con automobile L. 3500. Caro-viveri come per legge. Limiti di età anni 32 salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

LONGIANO (*Forlì*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 10.000, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Per la direzione dell'Ospedale Civico è concesso un compenso di L. 2500. Indennità per mezzi di trasporto L. 3000 e caro viveri come per legge. Limite di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 10 agosto 1935.

IMOLA (*Bologna*). *Congregazione di Carità*. — Al 31 agosto ore 17, medico nell'Ospedale Psichiatrico di S. Maria della Scaletta, con funzioni di primario e obbligo della guardia a turno; stip. L. 15.500, 6 trienni decimo, alloggio o indennità L. 2000, altre indennità. Chiedere bando alla Direzione Amministrativa della Congregazione.

MONTEGRIDOLFO (*Forlì*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Indennità per mezzo di trasporto L. 3000 e caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 s. e. di legge. Scadenza 10 agosto 1935.

ORISTANO (*Cagliari*). *Ospedale Civile*. — Scad. 10 sett.; medico primario; L. 12.000 e 2 sessenni decimo. Rivolgersi alla Presidenza della Congregazione di Carità.

PIETRAPERZIA (*Enna*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8000, oltre 5 aumenti quinquennali del decimo. Limiti di età anni 35 salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

SAN GIUSTINO DI RIMINI (*Forlì*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Indennità per mezzo di trasporto L. 3000 e caro viveri come per legge. Limite di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 10 agosto 1935.

SAN NICOLÒ COMELICO (*Belluno*). — Posto di medico condotto per il consorzio. Stipendio annuo L. 9000, più indennità per mezzo di trasporto: se con bicicletta L. 1000; se con motocicletta L. 2000. Limiti di età anni 32 salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 10.000, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Indennità per mezzo di trasporto L. 2000 e caro viveri come per legge. Limite di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 10 agosto 1935.

TEODORANO DI MELDOLA (*Forlì*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 11.000, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Indennità per mezzo di trasporto L. 3000 e caro viveri come per legge. Limite di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 10 agosto 1935.

TERAMO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Concorso, per titoli ed esami, al posto di assistente sanitaria visitatrice del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Teramo. Stipendio annuo iniziale di L. 6000 con cinque aumenti quadriennali del decimo ed indennità di servizio attivo di L. 1000, il tutto al lordo delle ritenute a norma delle disposizioni legislative in vigore. Scadenza ore 12 del giorno 10 settembre 1935-XIII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare.

Teramo, 10 luglio 1935-XIII.

TROINA (*Enna*). — Posto di ufficiale sanitario. Stipendio annuo L. 7000, oltre 4 aumenti quinquennali del decimo. Limiti di età anni 35, salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

UDINE. *Ospedale Civile*. — Al 25 agosto, ore 18; primario dermosifilopata; titoli ed eventualm. esami; età limite 45 anni; L. 5000 lorde e compartecipaz. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Amministrazione.

VILLAROSA (*Enna*). — Posto di ufficiale sanitario. Stipendio annuo L. 6000 oltre quattro aumenti quinquennali del decimo. Limiti di età anni 35, salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 agosto 1935.

BORDIGHERA-SAN REMO, cedesi avviata pratica medica, prelievo impianti moderni, eventualmente apparecchi, mobilia ecc., causa trasferimento fuori provincia. Miti pretese. Scrivere Dott. Cav. G. Piazza, Bordighera.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recente decreto reale, su proposta del Ministro dell'Educazione Nazionale, in applicazione del R. D. L. 20 giugno 1935-XIII, n. 1070, è stato ricostituito il Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale. Tra altri, sono chiamati a farne parte i proff.: Dante De Blasi, accademico d'Italia, Napoli; Cesare Frugoni, Roma; Nicola Pende, senatore, Genova; Giovanni Perez, Roma; Pietro Rondoni, accademico d'Italia, Milano.

Il prof. sen. Giuseppe Sanarelli, di Roma, è nominato vice-presidente del 2° Congresso internazionale di microbiologia, indetto a Londra dal 25 luglio all'1 agosto 1936.

Il premio dell'Accademia Reale dei Lincei per la Fisiologia è stato conferito alla memoria del prof. Gaetano Viale.

Il prof. Vittorio Giovetti, primario nell'Ospedale Civile di Piacenza, è stato classificato primo nel concorso per primario di radiologia e terapia fisica nell'Ospedale di S. Maria Nuova a Reggio Emilia ed ha assunto il posto.

L'Accademia Ungherese delle Scienze ha eletto membri onorari i proff. A. Koranyi, B. Kenyeres e T. Verebely, rispettivamente titolari delle cattedre di clinica medica, medicina legale e clinica chirurgica all'Università di Budapest, e il prof. A. Szent-Györgyi, titolare della cattedra di chimica biologica all'Università di Szeged.

Sir Kingsley Wood è nominato ministro dell'igiene dell'Inghilterra.

Il dott. N. J. Eastman, professore di ginecologia e ostetricia all'« Union Medical College » di Peiping (Cina), è stato chiamato ad insegnare ostetricia all'Università Johns Hopkins e nominato primario ostetrico nell'Ospedale Johns Hopkins a Baltimora.

Il dott. A. V. Bock è nominato professore d'igiene all'Università Harvard in Boston.

NOSTRE INFORMAZIONI

SETTIMANA MEDICA INTERNAZIONALE IN SVIZZERA

organizzata dal Journal Suisse de Médecine

MONTREUX, 9-14 SETTEMBRE 1935

Sotto il Patronato dell'Alto Consiglio Federale della Confederazione Svizzera.

PROGRAMMA

8 settembre 1935 — Riunione dei partecipanti e delle loro famiglie, al Casino di Montreux, alle ore 20,30.

9 settembre 1935 — Apertura della Settimana Medica Internazionale dal Signor Consigliere Federale Dr. Etter.

Terapia generale

Prof. Sir H. DALE (Londra): *La farmacologia della segala cornuta;* prof. W. STRAUB (Monaco): *150 anni di terapia digitalica;* prof. F. DE QUERVAIN (Berna): *Le basi scientifiche fondamentali della profilassi del gozzo;* prof. L. BRUNSCHVICG (Parigi): *Intelligenza ed intuito.*

10 settembre 1935 — **Vitamine ed ormoni.**

Prof. P. KARRER (Zurigo): *I più recenti sviluppi delle ricerche sulle vitamine;* prof. F. VON MÜLLER (Monaco): *Le più recenti acquisizioni sull'adiposità, suo stabilirsi e profilassi;* prof. J. BAUER (Vienna): *Sui rapporti fra endocrinologia e ereditarietà;* prof. E. LAQUEUR (Amsterdam): *Ormoni maschili e femminili;* prof. E. ABDERHALDEN (Halle): *Sulla dipendenza tra richiesta di vitamine e di ormoni in determinate condizioni;* prof. H. E. SIGERIST (Baltimora): *L'inquietudine attuale nel mondo medico.*

11 settembre 1935 — **Patologia interna.**

Prof. G. SANARELLI (Roma): *Le allergie emorragiche nella patologia umana e sperimentale;* prof. CH. NICOLLE (Tunisi); *Le infezioni inapparenti;* prof. A. LEMIERRE (Parigi): *Le setticopiemie da Bacillus funduliformis;* prof. R. STAEHELIN (Basilea): *Sull'insufficienza respiratoria e suo trattamento;* prof. E. MONIZ (Lisbona): *Risultati clinici dell'angiografia cerebrale.*

Visita delle Cliniche Universitarie di Losanna.

Prof. L. MICHAUD (Losanna): *Questioni attuali di patologia clinica delle Nefropatie.*

12 settembre 1935 — **Pediatria ed alimentazione**

Prof. A. NOBÉCOURT (Parigi): *Le insufficienze di crescita in statura;* prof. E. FEER (Zurigo): *La neurosi vegetativa dei bambini (Acrodinia).*

Escursione a Broc e visita degli Stabilimenti Nestlé.

13 settembre 1935 — **Cancro e radioterapia.**

Prof. M. ASKANAZY (Ginevra): *L'importanza degli studi sperimentali sui tumori;* prof. I. HOLMGREN (Stoccolma): *La tubercolina ed il B.C.G. nel cancro dello stomaco*, prof. H. HARTMANN (Parigi): *Le irradiazioni ed il bisturi nel trattamento dei cancri;* prof. A. ROSSELET (Losanna): *La radioterapia funzionale;* prof. E. BÜRGI (Berna): *Nuovo indirizzo scientifico della Balneologia;* prof. P. M. BESSE (Ginevra): *La fisioterapia lacustre.*

Serata riservata alle discussioni e libero scambio di vedute tra i partecipanti della Settimana Medica Internazionale.

14 settembre 1935 — **Questioni attuali.**

Prof. F. VERZAR (Basilea): *Nuove conoscenze sulle funzioni assorbenti dell'intestino;* prof. E. PAYR (Lipsia); *Nuovi punti di vista sul trattamento delle malattie articolari;* prof. J. DIAZ (Madrid): *Il metabolismo nelle affezioni muscolari;* prof. H. W. MAIER (Zurigo): *La biologia delle tossicomanie.*

I partecipanti beneficieranno di facilitazioni speciali per il viaggio ed il soggiorno: le Ferrovie Federali accorderanno una riduzione dal 15 al 45 % e a tal uopo ogni informazione sarà fornita dal Segretariato della Settimana Medica Internazionale. Le Ferrovie Montreux-Oberland-Bernois così come le Ferrovie delle montagne regionali emetteranno dei biglietti con ritorno gratuito. Gli alberghi di Montreux accorderanno una riduzione del 10 % sul prezzo di soggiorno e di pensione.

La tassa di iscrizione per la partecipazione alla Settimana Medica Internazionale è di franchi svizzeri 10 e dà diritto a ricevere gratis il volume dei Resoconti della S. M. I.

Per ogni informazione supplementare rivolgersi al Segretariato della *Settimana Medica Internazionale* in Svizzera, Klosterberg 27, Basilea (Journal Suisse de Médecine).

NOTIZIE DIVERSE

Nei servizi sanitari centrali.

Con provvedimento in corso il prof. Dante De Blasi, accademico d'Italia, è nominato presidente del Consiglio Superiore di Sanità, con connesso incarico di esercitare l'alta vigilanza sulle funzioni didattiche e tecnico-scientifiche dell'Istituto di Sanità Pubblica.

Nello stesso tempo, viene nominato direttore dell'Istituto di Sanità Pubblica il prof. dott. Domenico Marotta, docente universitario e capo dei Laboratori chimici del Ministero dell'Interno.

Le due nomine, che seguono quella recentissima del prof. dott. Giovanni Petragnani, Rettore dell'Università di Siena, a direttore generale della Sanità Pubblica, assicurano la collaborazione di tre eminenti personalità assai note ed apprezzate nel campo della scienza, e danno sicuro affidamento che le direttive del Duce per il potenziamento e la protezione della razza, troveranno la più intelligente e rapida applicazione.

Il comitato permanente dell'ufficio internazionale di igiene pubblica.

Si è riunito in sessione straordinaria nei mesi di aprile-maggio, trattando importanti questioni che riguardano anzitutto la prossima entrata in vigore della Convenzione Sanitaria internazionale per la Navigazione aerea ed il trattamento delle malattie veneree nei marinai della marina mercantile, per cui si sono raccomandate delle cure-tipo, con relativo libretto individuale, cure da seguirsi nelle diverse località in cui sposta l'individuo.

Altri problemi trattati riguardano la patogenesi della peste, il colera (per cui sono stati presentati rapporti circa la diagnosi batteriologica in base ai costituenti chimici del corpo bacillare), la febbre gialla, il controllo igienico del latte ecc.

Sulla disinfezione terminale, il Comitato si è pronunziato nel senso che, pur tendendo a sviluppare la disinfezione in corso di malattia, la disinfezione terminale può rendere in qualche caso segnalati servizi.

Il dott. A. Lutrario ha fatto diverse comunicazioni, fra cui citiamo quelle sullo stato della malaria in Italia, sulla mortalità per tubercolosi nei vari gruppi di età e sull'Istituto Eastman per rilevare la grande importanza delle malattie dentarie nel campo della patologia.

Le Giornate mediche di Bruxelles.

Come abbiamo annunziato, hanno adunato circa 2500 medici di tutte le parti del mondo. Vi erano ufficialmente rappresentati 42 Stati.

Alla seduta inaugurale, svoltasi nella sala maggiore delle feste dell'Esposizione, assistevano il Re e la Regina, il corpo diplomatico e politico, altissime personalità. Il ministro dell'interno e dell'igiene, Du But de Warnaff, commentò con efficacia e con spirito il programma dei lavori e fece l'elogio del medico pratico, a cui le « giornate » sono destinate. Il decano della Facoltà medica di Parigi, prof. Roussy, illustrò la vita intellettuale del Belgio. Il presidente del comitato ordinatore, prof. Zunz, dopo aver ricordato il compianto Re Alberto, s'intrattenne sul tema generale all'ordine del giorno, l'endocrinologia, rilevandone la complessità, le applicazioni, le lacune. Il prof. Loeper di Parigi tenne poi il discorso inaugurale su « i medici davanti la musica », facendo opera d'erudito, di poeta e di fisiologo. Spaziando in varî dominî, dimostrò quanto il medico abbia bisogno di cultura generale e di sensibilità. Una musica militare e la vecchia società corale « Orfeo » prestarono il loro concorso a questa magnifica manifestazione.

I lavori si svolsero nei locali dell'esposizione; le attrattive di questa non valsero a distogliere dalle sedute i congressisti.

Molto apprezzate furono una lezione e una conferenza del sen. Pende, delle quali già demmo notizia, e una relazione del prof. Donaggio. La conferenza del Pende fu illustrata da proiezioni che provocarono un entusiastico applauso al Duce.

In occasione delle giornate mediche si sono riunite anche la Società medica di educazione fisica e degli sports, la Lega contro il reumatismo, la Lega contro il ciarlatanismo ecc. Contemporaneamente ebbe anche luogo il Congresso di medicina e di farmacia militare.

Alle giornate fu unita una mostra medica internazionale di apparecchi e strumenti, prodotti farmaceutici, materiale sanitario; importanti ditte di varî Paesi di tutta l'Europa hanno rivaleggiato in ingegnosità per consentire ai medici di documentarsi sui progressi realizzati in varî campi. V'era anche una mostra internazionale di periodici di medicina.

Grandiosi trattenimenti hanno inframezzato i lavori; espressamente per i medici hanno avuto luogo una serata di gala al Teatro Reale della « Monnaie » e un concerto diretto dal maestro italiano Sabata. Un banchetto ha riunito circa 700 medici.

Il « Bruxelles-Médical », promotore delle « giornate », ha dedicato ad esse un numero speciale.

Le assise italiane di medicina generale.

Il 7 luglio ebbe luogo a Milano la prima assemblea generale per l'alta Italia delle assise di medicina generale. Vi convennero numerosissimi medici. La seduta inaugurale si svolse nell'Istituto di patologia medica della R. Università (Padiglione Granelli). Dopo un breve saluto del presidente, prof. Luigi Zoja, parlò il segretario del Comitato promotore, dott. Gerbi, animatore dell'iniziativa.

Seguì la discussione sul tema « L'ulcera gastroduodenale », cui parteciparono illustri studiosi, quali Zoia, Donati, Ferrata, Carpi, Giugni, Gavazzeni, Ponticaccia e molti altri.

Al termine della riunione si approvò, con entusiasmo, la proposta di una seduta in comune con le Assise francesi di medicina, che si terranno a Nizza nella Pasqua del 1936, sotto l'egida del Comitato Italia-Francia.

Si inviarono telegrammi di ossequio al Duce ed alle Gerarchie fasciste.

Alla Centrale del latte di Roma.

L'Amministrazione del Governatorato di Roma, nell'intento di perfezionare sempre più e sempre meglio la sua vigilanza ed il suo controllo sugli alimenti di maggiore consumo popolare, ha, tra gli altri provvedimenti, assunto in data 16 luglio la gestione diretta della Centrale del Latte, sino ad allora gestita dalla Società Anonima Consorzio Laziale Produttori Latte che l'aveva avuta in concessione con atto del 18 febbraio 1933-XI.

Il Governatore, pertanto, col provvedimento che rescinde la convenzione suddetta, ha nominato suo delegato per la gestione della Centrale del Latte il cav. di gr. cr. avv. Pietro Del Vecchio, con la sovraintendenza tecnica dell'ispettore generale ve-

terinario comm. prof. dott. Gaetano Angelici, ferme sempre le competenze e le attribuzioni dell'Ufficio d'Igiene.

L'avv. Del Vecchio è un profondo conoscitore delle varie questioni inerenti alla vita cittadina. Per molti anni egli fu consigliere comunale ed assessore.

Del prof. Angelici è notissima la competenza in tutti i problemi d'igiene alimentare.

Un po' dovunque.

Il 5° Congresso internazionale delle piante medicinali è indetto a Bruxelles dal 29 luglio al 3 agosto. Rappresentante del Governo Italiano è il prof. Giuseppe Sabatini, clinico medico di Sassari, il quale è anche relatore sul tema « Fitoterapia », in collaborazione con il prof. Wasicky, farmacologo di Vienna.

Al Congresso sarà annessa una grande Mostra delle piante officinali italiane e loro derivati; essa viene inaugurata dal rappresentante del Governo italiano il 29 luglio.

La 96ª riunione dell'Associazione Americana per il progresso della scienza si è tenuta a Minneapolis dal 24 al 29 giugno. La Sezione Medica ha tenuto delle riunioni insieme all'Associazione Medica dello Stato di Minnesota; temi discussi furono: recenti progressi nella terapia del cancro; terapia endocrina; semplificazione dell'assistenza ostetrica; ecc.

L'11ª riunione dei medici dei Paesi alpini si terrà il 7 e l'8 ottobre a Innsbruck; ne faranno parte internisti, chirurgi, neurologi, pediatri, ginecologi ecc. Verranno discussi i temi: Disturbi delle secrezioni interne; Lesioni artritiche. Tra i relatori è il prof. Catterina di Genova

Il 5° Congresso della Federazione delle società delle scienze mediche dell'Africa del Nord si è tenuto a Orano (Algeria), sotto la presidenza del dott. Abadie. Si è deciso che il 6° Congresso si adunerà nel 1936 a Rabat-Casablanca (Marocco).

La 3ª Conferenza panamericana della Croce Rossa è indetta a Rio de Janeiro dal 15 al 26 settembre.

La Società tedesca per la storia della medicina, delle scienze naturali e della tecnica si adunerà dal 29 agosto al 2 settembre in Bamberg. (Rivolgersi al segretario, Dr. Walter Altelt, Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschafte, Universitätstr. 3b, Berlin NW 7, Germania).

La Società di Ostetricia e Ginecologia delle Tre Venezie si è adunata il 7 luglio a Trieste, sotto la presidenza del prof. G. Revoltella, assistito dal segretario prof. E. Maurizio. Sono state fatte comunicazioni da: O. Viana, E. Maurizio, F. Strina, M. Geyer, Mozzetti-Monterumici, F. Mandruzzato, Duca, Desenibus.

La Società Tosco-Umbra di Chirurgia si è adunata il 19 aprile; sono state fatte comunicazioni da: G. Lucarelli, C. Beccari, P. Bucalossi, E. Franceschi.

La Società Marchigiana di Ostetricia e Ginecologia ha tenuto una riunione ad Ascoli Piceno il 29 giugno, sotto la presidenza del prof. M. Floris, assistito dal segretario prof. A. Gusso. Sono state svolte comunicazioni da: S. Pascali, A. Gusso, V. Rossi, R. Mascioli, S. Scornavacca, M. Floris.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata nei giorni 31 maggio, 7, 14, 21, 23 e 28 giugno, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. Furono fatte comunicazioni e conferenze da: G. Susa, L. Lovisato; M. Gioseffi; A. Mezzari, P. Petronio, A. Pace; A. Papale, O. Visin; P. Iacchia, A. Chersi; V. de Franceschi; E. Freund, S. Zuech, M. Gortan, C. Ravasini.

Nell'« Hôtel-Dieu » di Parigi è stato organizzato un dispensario di terapia fisica, intitolato a Gilbert; comprende i servizi: idroterapia, meccanoterapia, cinesiterapia, elettroterapia, radioterapia.

Oltre 150 medici della Liguria, del Piemonte e della Lombardia, si sono dati convegno, il 15 luglio, a Garessio, per assistere all'inaugurazione del nuovo stabilimento terapeutico per le cure delle acque di San Bernardo. All'inaugurazione erano presenti il podestà di Torino, ing. Sartirana, e uno stuolo di gerarchi provinciali. Tutti i convenuti nel pomeriggio si sono portati in gita al colle di San Bernardo, dove nasce la freschissima e salutare sorgente.

Il sottosegretario alle Comunicazioni sen. Host Venturi ha visitato le nuove costruzioni dello Stabilimento termale di Acqui.

Il 19 luglio l'on. Biagi, presidente dell'Istituto fascista per la previdenza sociale, accompagnato dal direttore generale prof. Medolaghi e dal provveditore generale dello Stato comm. Bartolini, ha visitato l'ospedale sanatoriale di Porta Furba in Roma, diretto dal prof. Federigo Bocchetti e che ospita oltre 500 infermi.

Il Comitato nazionale per lo studio del lavoro agricolo ha deliberato di fondare a Littoria una Stazione sperimentale per lo studio dell'alimentazione e del lavoro agricolo; essa funzionerà sotto gli auspicî del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il 4 luglio venne inaugurato a Bruxelles il nuovo grandioso ospedale St.-Pierre, presenti i Sovrani del Belgio, le autorità politiche, il corpo diplomatico. Il nuovo ospedale, sorto al posto del vecchio ospedale omonimo demolito, con i mezzi cospicui forniti dalla Fondazione Rockefeller, sarà unicamente destinato all'insegnamento universitario. Comprende l'ospedale propriamente detto, un padiglione per contagiosi, una casa ed una scuola per infermiere (dedicate alla memoria di Edith Cavell e di Marie Depage), un piccolo convento per le suore ospedaliere, una chiesa ecc. Nell'atrio è stato trasportato il monumento ai medici belgi caduti in guerra.

È stata inaugurata a Londra in presenza del Re, una grandiosa Scuola di perfezionamento medico, istituita col concorso dell'Università, del Governo e del Municipio, il quale ha destinato all'uopo l'Ospedale Hammersmith.

Il 7 luglio venne inaugurato il sanatorio francese per gli studenti, sorto nell'Isère; era presente il ministro Herriot.

Il 1° luglio venne inaugurato nell'Ospedale Rodolfo Virchow di Berlino un istituto oncologico, le cui finalità sono prevalentemente cliniche ed assistenziali; sarà diretto dal prof. Cramer.

Il 6 luglio all'Istituto Pasteur di Parigi venne celebrato il cinquantesimo anniversario della prima vaccinazione antirabbica eseguita da Luigi Pa-

steur. La cerimonia fu presieduta dal ministro della sanità Ernest Lafont.

L'Etiopia è uno dei pochi Paesi che ancora non hanno aderito alla Convenzione di Ginevra per la Croce Rossa; quindi in caso di guerra non ha il diritto di valersi dell'emblema della Croce Rossa e non ha il dovere di rispettarlo.

L'epidemia di tifoide determinatasi a Roma è in forte decrescenza, come risulta dai dati documentativi pubblicati nei quotidiani.

La « Società per il soccorso a vedove e orfani di medici » di Londra, che si aduna 4 volte l'anno, nell'ultima riunione, tenutasi il 3 luglio, ha approvato lo stanziamento di 2.258 sterline (150.000 lire it.) per il pagamento semestrale di pensioni; furono stabilite alcune nuove pensioni (importanti sterline 60 e 70 l'anno) per vedove. Sede della segreteria: Chandos Street 11, London W. 1.

È deceduto il gr. uff. dott. EGISTO TERZI, direttore generale dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Dopo aver retto varie Prefetture, aveva dato, per circa tre anni, la sua intelligente attività e la sua esperienza amministrativa alla grande istituzione del Regime. A. P.

È morto a Parigi in età di oltre 103 anni il dott. ALEXANDRE GUÉNIOT, decano di quell'Accademia di medicina, autore di studî pregevoli in varî campi della medicina e del libro « Per vivere cento anni ».

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 24 giugno al 30 giugno: Morbillo 383 (1774); Scarlattina 104 (306); Pertosse 117 (308); Varicella 143 (301); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 205 (1045); Infezioni paratifiche 46 (81); Febbre ondulante 55 (76); Dissenteria 15 (19); Difterite e croup 174 (318); Meningite cerebro-spinale epidemica 8 (8); Poliomielite anteriore acuta 12 (13); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 10 (11); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 60 (101), dichiarata — (—); Pustola maligna 25 (28).

Denunzie dal 1° luglio al 7 luglio: Morbillo 385 (1757); Scarlattina 119 (293); Pertosse 149 (447); Varicella 139 (266); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 289 (2296); Infezioni paratifiche 52 (69); Febbre ondulante 51 (77); Dissenteria 11 (20); Difterite e croup 164 (289); Meningite cerebro-spinale epidemica 13 (15); Poliomielite anteriore acuta 17 (21); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 10 (21); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 58 (85), dichiarata — (—); Pustola maligna 38 (40).

ANNALI D'IGIENE.

PUBBLICAZIONE MENSILE.

Sommario del N. 6, 1934.

Memorie originali: A. MISSIROLI: La casa considerata nei riguardi della diffusione della febbre tifoide (4 tavole). — V. DE FERMO e R. TECCE. Umidità nelle abitazioni. — **Note preventive**: P. BARDELLI e C. MENZANI: Ricerche sulla fluorosi spontanea dei ruminanti. — **Riviste generali**: E. POSTIGLIONE: Conservazione delle carni per l'alimentazione delle truppe. — **Note di tecnica**: L. SCHIOPPA: Sul riconoscimento microscopico del pomodoro e dei suoi derivati (9 tavole). — **Recensioni** (Demografia - Microbiologia). — **Rivista bibliografica.** — **Servizi igienico-sanitari.** — **Notizie.** — **Allegato** (Igea).

Abbonamento pel 1934: Italia L. **60**, Estero L. **100**; ai nostri abbonati L. **55** e L. **95** rispettivamente.

Abbonamento di saggio semestrale: Italia L. **30**, estero L. **50**; ai nostri abbonati L. **28,50** e L. **48,50** rispettivamente.

E' stabilito anche un abbonamento annuo al solo Allegato « Igea », per L. **10**.

Numeri di saggio a richiesta.

Per ottenere quanto sopra rivolgersi direttamente all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. **A Pozzi, resp**

Roma · Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 5 Agosto 1935 - XIII Num. 31

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretto dal prof. S. LA FRANCA

Sul Kala-azar viscerale degli adulti

per il dott. LUCIO SAVAGNONE, assistente vol.

Com'è noto, sino a pochi anni fa la leishmaniosi fu ritenuta propria dell'infanzia ed i casi di Kala-azar in adulto descritti da La Cava, Fulci, Basile, Cesa Bianchi, Tedeschi, Tropeano, Cretien, Alvarez, Spagnolio e Fusco, Cristomanos, Ascher, Petrow, ecc. erano considerati eccezionali se non addirittura quali curiosità nosologiche.

In epoca più recente Sanfilippo ha illustrato un caso di Kala-azar in adulto e Pontano in un uomo di 52 anni. M. Ascoli ha creduto richiamare l'attenzione sulla relativa frequenza della malattia nello adulto nelle sue varie manifestazioni cliniche.

Sono da ricordare anche i contributi di Franchini, Giordano, Izar, D'Agostino, Sorge, Aresu, Dal Collo, Longo, Corona, Manaï, Franco, Naiera Angulo, D'Oelsnitz, Caminopetros, Plazy e Mercandier, Olmer, Abrami, Gregoire e Vallich, Benhamon, Gille e Nouchy, Cassaoute, Girand e Trabuch, Sepet, Legrand e Poillas, Joyeux, Oliva, ecc.

L'accertamento di nuovi casi di Kala-azar mediterraneo in adulto si sussegue con ritmo crescente e però non mi è sembrato privo di interesse riferire i due seguenti che ho potuto seguire per lungo periodo di cure e nei quali è stata debitamente fondata la diagnosi non pure sulla scorta del quadro sintomatologico, d'altronde assolutamente caratteristico, ma ancora sul reperto positivo — in ambedue — del parassita ottenuto con la puntura della milza.

I due infermi furono curati: uno, in un primo tempo, con iniezioni endovenose di tartrato doppio di potassio e di antimonio (Di Cristina e Caronia) e dopo una pausa di 2 mesi, con la soluzione di tartrato doppio di sodio ed antimonio (Cannata) con cui fu esclusivamente trattato il secondo infermo.

Riassumo, intanto, i due casi che si prestano ad una discussione clinica.

CASO I. — Prinz. Mariano, di anni 37, da Caltavuturo (prov. di Palermo), muratore, coniugato.

Anamnesi: Il padre morto a 78 a. per trauma. La madre, vivente e sana, ha avuto sei gravidanze tutte condotte a termine e seguite da parto fisiologico: dei figli due sono morti in tenera età per cause che l'infermo non sa precisare: gli altri sono viventi e sani.

L'infermo, nato da gravidanza e parto eutocico, ebbe sviluppo normale. A tre anni ebbe rosolia, a 13 a. scarlattina.

A 19 a. prestò regolare servizio militare durante il quale però contrasse blenorragia ed ulcere veneree, delle quali affezioni guarì radicalmente dopo cure appropriate.

A 21 a. contrasse nozze con una donna apparentemente sana, la quale ha avuto sette gravidanze, due delle quali furono interrotte da aborto, mentre le altre furono condotte a termine e seguite da parto fisiologico. Dei figli uno è morto in tenera età per cause che l'infermo non sa precisare; gli altri sono viventi e sani.

A 29 a. soffrì d'una affezione caratterizzata da vaghi dolori in tutto il corpo, brivido, febbre alta quotidiana leggermente remittente: di detta affezione guarì in seguito a cura chininica dopo circa 4 mesi.

L'attuale malattia s'iniziava nei primi del 1933 con brivido, febbre alta (40°) che cedeva col sudore. Gli accessi dapprima erano irregolari, in seguito divennero più frequenti. Nei primi tempi si curò in casa con rimedi empirici: dopo alcuni mesi (tre) fu ricoverato in ospedale dove fu curato col chinino, ma uscì volontariamente dopo alcuni giorni.

Ripartì per il paese natio ove continuò a fare cure chininiche ed arsenicali; ma la febbre persistette e ritornò alle cure dell'ospedale nel dicembre 1933 dove fu accolto in una sezione dipendente dall'Istituto di Patologia Medica.

Esame obiettivo: Individuo in buone condizioni generali. Sviluppo scheletrico regolare, muscoli eutrofici, pannicolo adiposo scarso, pelle di colorito bruno. Mucose visibili rosee. Linfoglandole della grandezza massima di un fagiuolo in tutte le stazioni. Epitrocleari palpabili. Facies composita. Decubito indifferente. Nulla a carico del capo e del collo. Le pupille reagiscono bene alla luce ed all'accomodazione e al dolore.

Torace di forma cilindro-conica, simmetrico; tipo respiratorio: costo-addominale. Le due metà del torace si espandono egualmente, ritmicamente, simmetricamente. Alla palpazione f. v. t. normale in tutto l'ambito. Niente dolorabilità, nè sfregamento, nè fremiti. Alla percussione suono chiaro polmonare in tutto l'ambito; espansione degli apici e delle basi normali. Ascoltazione: murmure vescicolare normale.

All'esame dell'apparato cardiovascolare si nota: itto al IV spazio interc. s. un centim. all'interno dell'emiclaveare; esso è ritmico, circoscritto, di frequenza leggermente aumentata (86). Niente fremiti, nè sfregamenti. Aie d'ottusità relativa ed assoluta normali. Toni netti, ritmici, uguali su tutti i focolai. Polso di frequenza aumentata (86) ritmico, eguale, di tensione normale.

Addome di forma slargata in alto, di volume aumentato, asimmetrico per una prevalenza del lato sinistro. Non si osservano reticoli venosi. Alla palpazione non si nota difesa muscolare su tutti i quadranti.

Non si notano sfregamenti.

All'esame della milza si rileva che il polo inferiore giunge in basso circa sei dita al disotto dell'ombelicale trasversa, oltrepassando medialmente la linea xifoombelicale di circa tre dita trasverse. Essa è di consistenza aumentata, a superficie liscia, è dolente ed ha margini arrotondati.

Si sposta con i movimenti del respiro seguendo una linea che va dall'alto in basso e dall'esterno all'interno.

Il margine superiore alla percussione raggiunge lungo l'ascellare media l'ottava costa.

Il fegato deborda dall'arcata costale circa tre dita trasverse lungo l'emiclaveare. Esso è di consistenza aumentata, a superficie liscia, leggermente dolente ed ha margini arrotondati.

Il limite superiore di ottusità relativa del fegato giunge lungo l'emiclaveare al IV spazio intercostale.

Nulla a carico degli altri organi e degli arti.

Nulla d'importante all'esame del sistema nervoso.

Esame delle urine: normale. (Tale si conserva durante il trattamento terapeutico).

Esame del sangue: gl. r. 2.800.000, gl. b. 4000, Hb. 60, v. gl. 1,07. Form. leucocitaria: neutrofili 64, linfociti 30, monociti 6.

R. Wassermann, Cilhocol, Meinicke: negative.

Pr. Mx. 95, Mn. 65 al Pachon. Ricerca parassita malarico: negativa.

Esame della polpa splenica: presenza del parassita della leishmaniosi (dic. 1933).

Reazione di Mackie e Napier (aldeidtest leucogelidificazione): positiva.

Reazione Brahmachari (ringtest): positiva; (globulin precipitazione): positiva.

CASO II. — Cuc. Calcedonio, di anni 22, da Lercara, celibe, muratore.

Anamnesi. Il padre, vivente, è sempre stato in buona salute fino ad un anno fa, epoca in cui — a dire dell'infermo — cominciò a soffrire di accessi asmatici in seguito ad inalazione di polvere da strada.

La madre ha avuto tre gravidanze tutte condotte a termine; è morta all'età di 35 anni per malattia che l'infermo non sa precisare. Una sorella è vivente e gode buona salute; un fratello è morto ad otto mesi di età per malattia che l'infermo non ricorda.

L'infermo nacque a termine da parto fisiologico, allattò al seno materno, compì i primi atti fisiologici in epoca normale.

Non ricorda di avere sofferto alcuna malattia nell'infanzia.

A 17 anni contrasse blenorragia di cui guarì nello spazio di 20 giorni.

Riferisce di aver sofferto a 18 anni di angina follicolare che durò otto giorni. Fu giudicato abile alla visita militare ma non prestò servizio perchè esentatone per ragioni non inerenti alla sua salute.

L'attuale malattia rimonta ad un anno e mezzo fa, epoca in cui in pieno benessere, dopo aver per 8 mesi consecutivi lavorato nelle vicinanze di Termini (ponte S. Leonardo) venne colto da febbre di modico grado, prevalentemente serotina, cefalea, senso di astenia, alternative di diarrea e di stipsi, forti dolori al ventre ogni qualvolta si accingeva a svuotare l'alvo. Continuò tut-

tavia a lavorare per circa 8 mesi; da allora accentuandosi tale sintomatologia, fu costretto a sospendere il lavoro. Ricorse all'opera di un sanitario, il quale gli praticò delle cure sulle quali nulla l'infermo sa dirci. Da quattro mesi ha cominciato a notare un aumento progressivo di volume dell'addome, un senso di peso all'addome stesso, un'accentuazione della febbre che, prevalentemente serotina, è stata talora preceduta da brividi, un'accentuazione infine dei disturbi intestinali già menzionati. Si è fatto pertanto ricoverare in Ospedale, dopo essersi assoggettato a cure chininiche prolungate malgrado le quali il processo febbrile, salvo brevi soste, ha persistito con accessi ripetuti nella stessa giornata.

È stato accolto nella Sezione dipendente dall'Istituto di Patologia Medica.

Esame obbiettivo. Scheletro regolarmente sviluppato. Muscoli ipotrofici e tonici. La pelle si solleva in pliche piuttosto alte, discretamente spesse ed elastiche, colorito della pelle e delle mucose visibili pallido. Micropoliadenia alle regioni inguinali; decubito indifferente, edemi assenti. P. 88. T. 37°,8. R. 20.

Il torace all'ispezione si presenta di forma cilindro-conica, leggermente slargato alla base. Angolo di Louys poco evidente, angolo epigastrico un poco maggiore del retto, fosse sopra- e sottoclavicolari poco evidenti. Regioni sopraspinose pianeggianti. Spazi intercostali poco visibili. Tipo del respiro: costo-addominale. Le due metà si espandono egualmente. Non si notano rientramenti inspiratori. Alla palpazione si confermano i dati della ispezione. Assenza di punti dolorosi e di zone iperestesiche. Fremito toraco-vocale normale. Alla percussione si apprezza tono chiaro polmonare su tutto l'ambito. Il limite inferiore del polmone sinistro arriva in corrispondenza dell'angolo scapolare, all'8° spazio intercostale, discendendo gradatamente in basso fino ad arrivare sulla paravertebrale all'undecima costola. I margini polmonari si espandono bene nelle profonde inspirazioni.

All'ascoltazione si apprezza il murmure vescicolare normale in tutto l'ambito respiratorio.

All'esame dell'apparato cardiovascolare si nota:

Ispezione: Impulso cardiaco visibile al 4° spazio sull'emiclaveare. Non si notano bozza precordiale, nè pulsazioni abnormi.

Palpazione: L'impulso cardiaco appare debole e circoscrivibile col polpastrello del dito. Non si percepiscono fremiti. Il polso si presenta di media ampiezza, frequente, valido, ritmico.

Percussione: L'aia cardiaca relativa, come pure quella assoluta risultano nei limiti normali.

Ascoltazione: Si nota un leggero soffio sistolico che si ascolta meglio in corrispondenza dell'impulso cardiaco. Lieve accentuazione del 2° tono sulla polmonare.

Addome: All'ispezione l'addome si presenta di forma esagonale, è un po' slargato nella parte alta: linea xifo-ombelicale pianeggiante, ombelico-pubica convessa, cicatrice ombelicale pianeggiante.

La palpazione sia superficiale che profonda non suscita dolore.

La resistenza della parete muscolare non appare aumentata. Si nota alla palpazione profonda una massa di consistenza duro-elastica, a superficie liscia, a margini arrotondati, che occupa tutto il quadrante superiore sinistro e parte dell'inferiore sinistro e che in alto si continua sotto l'arcata costale. Il margine inferiore arriva in basso quattro dita al disotto dell'ombelicale trasversa; il margine interno risale in alto lungo la xifo-ombelicale e presenta tre dita al disotto della cicatrice ombelicale una profonda incisura: in alto poi e lateralmente si perde sotto l'arcata costale tre dita trasverse al disotto dell'appendice xifoide. Il margine laterale non si può delimitare.

Con le profonde ispirazioni il polo inferiore di tale massa si sposta in basso e medialmente alla percussione si nota una zona di ottusità i cui limiti combaciano con quelli determinati dalla palpazione. Si nota inoltre che l'ottusità di tale massa, così determinata, si continua in alto sotto l'arco costale.

Il limite superiore di tale ottusità arriva alla 6ª costola lungo l'ascellare anteriore, al sesto spazio intercostale lungo l'ascellare media, alla 7ª costola lungo l'ascellare posteriore, all'8° spazio intercostale lungo l'ascellare scapolare. La massima misura longitudinale presa dal limite superiore lungo l'ascellare posteriore al limite inferiore tre dita allo esterno dell'ombelico-pubica misura cm. 35. Non si può determinare la massima misura trasversale.

Nulla degno di nota all'ascoltazione.

Il fegato si presenta di consistenza molle-elastica, a superficie liscia, con i margini taglienti. È indolente alla palpazione. Deborda dall'arco costale tre dita trasverse: il limite inferiore arriva lungo l'ascellare anteriore un dito al di sopra dell'ombelicale trasversa, lungo la xifo-ombelicale quattro dita al di sopra della cicatrice ombelicale. Il limite sup. in alto si presenta normale.

Esami complementari:

Esame delle urine: assenza di albumina e di glucosio. P. S. 1020. All'esame micr. del sedimento centrifugato non si notano elementi patologici.

Esame del sangue: gl. rossi 4.000.000; leucociti 2800; emoglobina 72.

Formula leucocitaria: neutrofili 51 %, linfociti 39, monociti 10. Sieroreaz. agglutinante per tifo, paratifi e melitense: negativa.

Ricerca parassita malarico: negativa.

Reaz. Wasermann, Meinicke, Kahn: negative.

Strisci di preparati di polpa splenica prelevata con la puntura della milza e colorati col Giemsa: presenza di parassiti della Leishmaniosi.

I due casi surriportati permettono talune considerazioni.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE. — Anzitutto, nei riguardi della diagnosi in confronto di altre entità cliniche che si svolgono con sintomi analoghi o simili a quelli del Kala-azar viscerale dell'adulto, va notato che nei nostri due casi la malattia al suo esordio (ed in uno, anzi, per molti mesi del decorso iniziale) fu diagnosticata quale infezione malarica; erronea interpretazione che — almeno in un primo tempo — è pressochè costante. Le ragioni principali delle difficoltà che si oppongono ad una diagnosi differenziale fra Kala-azar e malaria possono brevemente così riassumersi:

a) La leishmaniosi è caratterizzata nei primi tempi da una sintomatologia, che, nelle

manifestazioni essenziali, può culminare in una forma febbrile « a ondate » con febbre intermittente o fortemente remittente (per vero dire inizialmente l'infezione è contradistinta da ondate febbrili alternate a periodi di apiressia con relativo apparente benessere) accompagnata da epatosplenomegalia e da deperimento generale caratterizzato da diminuzione cospicua di eritrociti e da leucopenia.

Siffatta trilogia: febbre irregolare sovente preceduta da brividi, grosso tumore epatosplenico (specialmente splenico) ed anemia dà luogo ad un quadro clinico che — non corredato dalla ricerca del parassita — può apparire comune alle due forme morbose: Kala-azar e malaria.

b) Un altro fattore che può indurre in errore è il criterio epidemiologico, dappoichè nel maggior numero dei casi gli infermi sono lavoratori agricoli che provengono da zone riconosciute malariche (particolarmente poi in Sicilia la malaria è, in sommo grado, endemica ed è anzi di comune esperienza la constatazione che i casi di malaria insorgono non soltanto nelle contrade ufficialmente riconosciute malariche ma ancora nel centro dell'abitato perfino in individui che da anni non si erano mossi dal loro domicilio urbano).

c) Altra fonte di errore è costituita dal fatto già più volte avvisato da molti AA. (primo dal Rogers) che il chinino in un primo tempo può riuscire vantaggioso nell'attenuare o diradare gli accessi febbrili ed in qualche caso anche debellando addirittura la febbre per un certo intervallo di tempo. Giudicando *ex iuvantibus*, il concetto diagnostico di malaria viene tenacemente mantenuto anche a sintomatologia conclamata e malgrado il ritorno dell'ondata febbrile, dopo una effimera tregua iniziale.

d) A rendere più difficile ancora l'esatta formulazione del concetto diagnostico in un limitato numero di casi — dei quali pur bisogna tener conto — s'aggiunge la concomitanza delle due forme nosologiche. Franco riporta dei casi nei quali ha riscontrato il parassita malarico insieme con quello della leishmaniosi ottenuti con la puntura splenica, Costantino ne ha illustrato un caso ed Ascoli ritiene non rara la eventualità d'un'associazione Kala-azar-malaria.

Si aggiunga che in tali casi l'efficacia della cura chininica sulla componente malarica induce maggiormente il medico a mantenere irriducibilmente fede al concetto diagnostico di malaria ed occorre, come osserva l'Ascoli, un lungo periodo di tempo — finchè il chinino perda la sua virtù terapeutica in contrasto con la sua iniziale efficacia — perchè possa sorgere nella mente del sanitario un senso di dubbio che faccia reclamare ulteriori accertamenti di laboratorio mediante la puntura sternale o splenica.

e) Non mancano infine dei casi nei quali nonostante la inefficacia del chinino la diagnosi di malaria viene mantenuta interpretandosi la forma morbosa quale una chinino-resistente.

Questo dubbio, invero, è meno giustificabile come quello che può essere eliminato con un trattamento più intensivo ed appropriato dell'alcaloide essendo l'accampata chinino-resistenza quasi sempre in funzione della dose refratta o inidonea e della prescelta via d'introduzione (Columba).

DIFFUSIONE NEL BACINO MEDITERRANEO. — Quanto si è detto finora sulle obbiettive difficoltà ad una esatta diagnosi differenziale fra Kala-azar e malaria ed il fatto, già notato dagli AA., della eventuale confusione, almeno in un primo tempo, con altre sindromi affini (a prescindere dalla malaria) induce a pensare che il Kala-azar dell'adulto nel bacino mediterraneo sia ancora più diffuso di quanto non appaia dalle statistiche fino ad oggi note.

Un rilevante numero di casi va, senza dubbio, disperso, per vario ordine di motivi:

Anzitutto i casi di leishmaniosi in adulto esplodono di consueto in piccoli centri rurali, insidiati da malaria endemica, nei quali difettano quei presidi della ricerca di laboratorio che possono dirimere un dubbio diagnostico. Infatti dalle statistiche del triennio 1927-29, accuratamente redatte da Corona in base alle denunzie pervenute all'Ufficio Sanitario del comune di Palermo, si desume che la totalità dei casi proviene dagli istituti universitari ed ospedalieri come a dire da veri e propri centri di accertamento diagnostico. Ma quanti altri casi non pervengono a tali istituti e sfuggono alle accurate ricerche della Clinica e del Laboratorio?

Non sembra infondato il sospetto (ancora da noi condiviso) che una percentuale non indifferente dei valori consacrati dalle statistiche della morbilità malarica in Sicilia sia da attribuire a forme non apprezzate di Kala-azar e che infine molti dei casi di morte denunziati per malaria cronica, cachessia palustre, setticemie epatospleniche, linfogranulomatosi, brucellosi o febbre ondulante, ecc. siano forse da attribuire a forme ignorate, e rimaste tali, di leishmaniosi.

In secondo luogo è da rilevare che il Kala-

azar dello adulto decorre talvolta con una fenomenologia attenuata al paragone del quadro classico della leishmaniosi infantile. Ed allora, come osserva Corona, i casi gravi che hanno il loro epilogo nelle Cliniche e negli Ospedali dei grandi centri non prospetterebbero che un solo lato dell'andamento clinico della malattia onde, ancora per questo motivo, appare logica la deduzione che un numero più rilevante di casi sfugga al nostro controllo. È possibile che le forme lievi di leishmaniosi possano essere suscettibili di guarigione spontanea e ciò forse con maggiore frequenza nello adulto.

Infine la ricerca del parassita, praticamente poco diffusa, pare riesca ancora ostacolata dalla relativa scarsezza nell'adulto del reperto parassitario. Tale deficienza di reperto (pressocchè nullo nel sangue circolante talvolta negativo anche nei focolai di proliferazione come midollo osseo e milza) nell'adulto va tenuta in gran conto nel valutare la diffusione della malattia che dunque per vari ordini di ragioni sfugge ad un'esatta valutazione, eludendo le indagini del clinico e sottraendosi ai computi delle statistiche ufficiali per numerose e già spiegate evasioni.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO. — Qualche altra considerazione scaturisce da quanto sopra e cioè che, tenuto conto delle difficoltà della diagnosi differenziale specialmente per il fatto più volte segnalato dagli AA. che la sintomatologia del Kala-azar può inquadrarsi perfettamente nella cornice della infezione malarica della quale riproduce i caratteri fondamentali, è necessario — e doveroso — per il medico pratico, edotto ormai della diffusione della leishmaniosi nel bacino mediterraneo, di procedere senza indugi alla ricerca del parassita in tutte le setticemie caratterizzate da ingente epatosplenomegalia, da febbre irregolare ad ondate, da anemia intensa. Il recupero dei casi suscettibili di guarigione ne sarà grandemente avvantaggiato e moltiplicato.

Circa tale accertamento diagnostico è sempre preferibile ricorrere alla puntura splenica. Anche nei nostri due casi surriportati la ricerca nel sangue circolante e nel midollo osseo era riuscita infruttuosa, mentre la puntura splenica ci diede un reperto positivo. Per il prelevamento della polpa splenica abbiamo fatto precedere alla puntura della milza una iniezione endovenosa di 1/100 di mmgr. di adrenalina (Serio) ottenendo un duplice vantaggio: anzitutto la splenocontrazione fa diminuire la quantità del sangue contenuta nella milza e però minori saranno le possibilità di emorragie endoperitoneali; in secondo luogo più promettente di risultati si presenta la puntura stessa in quanto a milza contratta è più difficile cadere con l'ago in una lacuna linfatica e aspirare materiale inadatto.

La ricerca del parassita è indispensabile per la diagnosi differenziale fra malaria e leishmaniosi pur essendovi altre note differenziali di natura clinica: tipo della febbre, tipo del tumore di milza e sua consistenza, comportamento verso il chinino, stato della crasi sanguigna, ecc.

Le altre forme morbose sono più facilmente differenziabili. Così le *setticemie tifo-paratifiche* si distinguono per la curva febbrile, esiguo tumor di milza, aspetto dell'infermo, stato della lingua, ecc. ed infine per la reazione di Widal positiva.

Nella *melitense* manca l'anemia così spiccata, il tumore di milza è assai più modesto, vi è leucocitosi e non leucopenia; e infine la prova agglutinante riesce positiva per il micrococco di Bruce. Nel *morbo di Banti*, col quale il Kala-azar può confondersi in un primo stadio, l'ipertrofia splenica non è così imponente nè la febbre così spiccata. L'esame del sangue periferico esclude la *mielosi leucemica*.

TIPO DELLA FEBBRE. — Molto interessante è seguire il decorso e l'andamento della febbre così detta « ad ondate » nei due casi che abbiamo riportato. Effettivamente la febbre nel Kala-azar ha un comportamento tipico che, pur rassomigliando, grossolanamente, a quello dell'infezione malarica se ne distacca nettamente quando ne sia accuratamente studiato e seguito il ciclo. Ci asteniamo dal riportare i diagrammi della curva febbrile nei due casi sottoposti al nostro esame, ma ci limitiamo a notare che se inizialmente si sono avvertite delle ondate febbrili alternate a periodi di apiressia, in prosieguo i rari intervalli di tregua si vanno rarefacendo sino ad assumere il tipo quotidiano intermittente o fortemente remittente perfino *con due o tre ondate febbrili nella stessa giornata*. A periodo di cura inoltrata si va notando che le « ondate » vanno man mano degradando finchè persistono lievi e saltuarie esacerbazioni che tendono a farsi sempre più deboli e rare sino a dileguarsi. Tale comportamento della curva febbrile specialmente illustrato da Castellani e Rho, Ascoli, Izar, ecc. è particolarmente caratteristico del Kala-azar viscerale del bacino mediterraneo e lo abbiamo potuto appieno constatare nei due casi surriportati.

In conclusione la curva termica è di tipo

irregolare, intermittente o continuo-remittente, con altezze variabili ma con due e talora tre fastigi e corrispondenti remissioni nelle 24 ore che secondo Rogers, Castellani e Rho, sono caratteristici e patognomonici, mancando di solito sudori nelle remissioni e anche nelle eventuali intermissioni.

Il meccanismo patogenetico della febbre venne spiegato da Caronia in seguito ad esperienze sulla anafilassi *in vitro*. La febbre nella leishmaniosi non sarebbe altro che l'espressione di « scosse anafilattiche » provocate dalla produzione continua e graduale nell'organismo di anafilotossina per la elaborazione dei corpi albuminoidei provenienti dallo sfacelo dei parassiti, localizzati nei vari organi e circolanti nel sangue (scissione dell'antigeno da parte dell'ambocettore in presenza di complemento). L'irregolarità di sviluppo del parassita spiegherebbe anche l'irregolarità della febbre perchè variando la produzione di antigeno per tempo e per quantità, si avrebbe l'immissione in circolo di veleni pirogeni in momenti diversi e in quantità diverse.

TUMORE DI MILZA. — Nei due casi riferiti il sintoma più imponente è senza dubbio l'abnorme tumore di milza accompagnato da epatomegalia in proporzioni, però, assai più modeste.

La milza effettivamente come osserva Ascoli rappresenterebbe « l'epicentro della infezione » e va incontro a profonde modificazioni che ne alterano la conformazione e la struttura.

L'ingente aumento di volume fa scartare la ipotesi d'una melitense: la durezza lapidea — a prescindere da altri caratteri differenziali — fa escludere l'eventualità d'una linfogranulomatosi splenica caratterizzata da una durezza elastica.

L'aumento enorme del volume e della consistenza è caratteristico nelle splenopatie da Kala-azar viscerale ed anche questo è un carattere che fa escludere la possibilità di una setticemia del gruppo tifo-paratifico.

Nei due infermi dei quali abbiamo riferito, la milza era indolente anche alla palpazione profonda e nel caso II presentava un'incisura tutto affatto caratteristica in corrispondenza del margine mediano come hanno anche riscontrato e descritto Bensis, D'Oelsnitz, Sorge, Carava, Behnamon, Pittaluga, Sadi de Bauen, Oliva ed altri.

Dal punto di vista istopatologico il tumore di milza nel Kala-azar è stato appieno studiato da Pianese e Dionisi e poi da Nicolle, Di Cristina, Cannata, per tacere di numerosi altri ricercatori. L'alterazione caratteristica è rappresentata da una iperplasia diffusa degli elementi reticolo endoteliali derivanti dalle cellule del reticolo e dalle cellule delle pareti vasali con presenza di elementi voluminosi di tipo emoistioblastico contenente i parassiti.

Nella forma infantile Franco ha riscontrato eritropoiesi intensa con congestione delle lacune, iperproduzione linfocitaria e plasmacellule, fibroadenia: si tratterebbe cioè di una reticolo endoteliosi infettiva e specifica con localizzazione diretta degli agenti eziologici nel tessuto colpito. Il Pittaluga considera invece la leishmaniosi viscerale come un vero bloccaggio del reticolo endotelio paragonabile a quello che si può ottenere mediante l'iniezione d'inchiostro di china o di carminio; ma come fa rilevare Radaelli nella leishmaniosi soltanto taluni elementi del sistema reticolo istiocitario appaiono direttamente interessati e cioè le cellule a più spiccata azione macrofagica (istiociti stromatici, cellule reticolari, cellule di Kuppfer) mentre gli elementi endoteliali propriamente detti non sogliono d'ordinario ospitare parassiti.

EPATOMEGALIA. — L'aumento di volume del fegato constatato nei nostri due casi suole essere un sintoma costante nel Kala-azar, ma come si disse contenuto in limiti assai più modesti del tumore splenico che è un sintoma, per la sua imponenza, inconfondibile. Nei nostri due infermi non abbiamo constatato la esistenza di quelle forme di epatite da Kala-azar descritte in qualche caso, da taluni AA. come da Ascoli che ha illustrato in un caso l'alterata funzionalità epatica, da Corona che ha riferito un caso di cirrosi atrofica con ascite, ecc.

Degni pure d'interesse sono i casi descritti da Lombardo e da Franco.

Giova ricordare, a tal proposito, che cirrosi da leishmaniosi vennero per la prima volta descritti da Rogers. Taluni AA. ammettono, in proposito, la possibilità d'un rapporto etiologico fra leishmaniosi viscerale e cirrosi. Bensis nega recisamente tale possibilità ed asserisce anche che l'assenza di segni di cirrosi può costituire un criterio diagnostico differenziale fra Kala-azar e morbo di Banti, all'inverso Nattan Larrier ne descrive taluni casi nella leishmaniosi indiana.

D'Oelsnitz è d'avviso che anche nell'infanzia non manchi una certa tendenza allo sviluppo della cirrosi. In complesso la questione è lungi dall'essere risolta specialmente quando — come nota Oliva — al termine di « cirrosi » si voglia assegnare un significato clinico ed anatomopatologico ben definito.

TURBE GASTROINTESTINALI. — Nei nostri 2 pazienti abbiamo potuto registrare episodiche manifestazioni di turbe gostrointestinali a tipo dissenterico simili a quelle che vari AA. hanno constatato nella leishmaniosi infantile ed ancora degli adulti come Pontano ebbe a segnalare.

Le manifestazioni intestinali a tipo dissenterico con deiezioni diarroiche profuse ed emissione di mucopus hanno assunto forme ed aspetti imponenti nel nostro caso II, il quale anzi, come si è detto, esordì con una sintomatologia caratterizzata da alternative di stipsi e di diarree nonchè da forti coliche intestinali accompagnate per parecchi mesi da accessi febbrili a tipo remittente.

Durante il periodo di cura protrattosi per lunghi mesi nel nostro reparto i due infermi hanno avuto altri brevi attacchi di enterite facilmente domabili e poscia, a cura inoltrata, completamente scomparsi malgrado le forti dosi di farmaco somministrato per via endovenosa.

In generale è da osservare che di consueto i disturbi intestinali aprono la scena del quadro morboso della leishmaniosi com'è avvenuto più chiaramente nel nostro Caso II, ma anche nel I. Manifestazioni dissenteriche mucose ed ancora muco-membranose emorragiche sono state descritte. Rho e Castellani accennano anche alla presenza di melena. Pianese, Nicolle e Dionisi descrivono nell'intestino, specialmente nell'ultima porzione dell'ileo, alterazioni catarrali accompagnate da intensa iperemia e talora da lesioni ulcerative.

RICERCHE EMATOLOGICHE. — Pontano riprendendo le ricerche di Di Cristina, Caronia e specialmente di Pianese, ha registrato leucopenia di grado eccezionale e inversione della formula leucocitaria in cui il valore percentuale delle cellule mononucleari era più che doppio di quelle delle cellule polinucleari.

Nei due casi da noi riportati abbiamo riscontrato oligocitemia e leucopenia. Per quanto riguarda la formula leucocitaria aumento dei linfociti. Diminuzione dell'emoglobina. Tali reperti concordano con le osservazioni delle generalità degli AA.

Notevole contributo allo studio dell'emopoiesi nelle leishmaniosi è stato dato da Pianese, Nicolle, Gabbi, Feletti, Pittaluga, Franco, Cannata, ecc. e dalle indagini sperimentali da Redaelli, Baserga e Giordano compiute sul cane e sullo spasmofilo. Recentemente Oliva ha istituito importanti ricerche per la determinazione del ricambio emoglobinico pervenendo a risultati assai interessanti.

ESAMI COMPLEMENTARI. — Talune reazioni furono preconizzate utili sussidi sierodiagnostici nei riguardi della leishmaniosi fra queste la formol-leucogelificazione o « Aldehyd test » degli autori inglesi (adoperata da Fox, Amckie e Napier nel Kala-azar) e il « globulin rig test » e il « globulin precipitation test » (Brahmachari) e infine la reazione di Chopra e Gupta.

Nel nostro I caso, come già fu riferito, talune di dette reazioni ebbero esito positivo, nel II. non furono eseguite. Si tratta d'altronde di reazioni di valore approssimativo che, invero, il reperto positivo del parassita mediante la puntura sternale o della milza rende superflue ai fini diagnostici. Una trattazione assai accurata del comportamento delle summentovate reazioni nella leishmaniosi ha fatto recentemente l'Oliva.

CRITERIO EPIDEMIOLOGICO. — Per quanto concerne il criterio epidemiologico è da rilevare una singolare coincidenza e cioè che i nostri due pazienti, nati in due paesi differenti della provincia di Palermo e cioè uno a Caltavuturo e l'altro, il più giovane, a Lercara, si sono ambedue ammalati nella stessa località ove accudivano a lavori agricoli e cioè nelle contrade del ponte di San Leonardo presso Termini Imerese (prov. di Palermo). Il primo dei due infermi vi si tratteneva solo due mesi per far ritorno (con febbre alta) al paese natio; il secondo per ben 8 mesi permaneva in contrada S. Leonardo pur essendo insidiato dagli accessi febbrili e da un progressivo deperimento nonchè da intensi disturbi intestinali con profuse scariche diarroiche.

Orbene dalle osservazioni compiute nella Clinica Pediatrica di Palermo per lunghi anni da Di Cristina e da Cannata i quali hanno avuto in cura un numero ingentissimo di casi di leishmaniosi infantile (e talora di adulto) è risultato che la zona litoranea che fa capo a Termini Imerese, ove appunto trovasi l'anzidetta località di Ponte S. Leonardo, è una delle maggiormente colpite. Ivi, in taluni periodi, il Kala-azar ha avuto una diffusione presso che epidemica.

Un diligente studio nosologico sulla distribuzione del morbo in questa come nelle altre provincie siciliane diretto a metterne in evidenza, topograficamente, la diffusione e la distribuzione potrebbe riuscire sommamente interessante anche dal punto di vista igienico e profilattico anche nei confronti delle numerose osservazioni fatte sugli animali domestici e sugli insetti quali probabili veicoli d'infezione ed eventuale tramite della propagazione

del Kala-azar fra i lavoratori agricoli. Com'è noto, i focolai endemici segnati in Italia riguardano principalmente la Campania con due grandi centri di diffusione nel territorio di Napoli: uno alle falde del Vesuvio (Boscotrecase) e uno in prov. di Salerno (Sarno). Altri focolai endemici minori furono segnalati in Napoli città, nonchè nelle zone Circumvesuviana e Flegrea, nell'Agro Nolano, nelle isole di Ischia, Capri, Procida (Jemma) ed inoltre furono segnalati casi in Foggia, Bari (Mallardi, Patarino), Potenza, Taranto, Lecce (Pepe, Candido) Reggio Calabria (Timpano), Cosenza, Regusa (Cartia), nella Sardegna (De Villa, Marcialis), Roma (Pontano, Fanano, Bignami), Civitavecchia (Caronia), in Liguria (Roverio e Pesante), Siena (Barbacci, Gandolfo), Abruzzo (Cotellessa), in Sicilia (Gabbi, Jemma, Feletti, Longo, Pulvirenti, La Cava, Caronia, Di Cristina, Cannata, Lo Presti Seminerio, Ascoli, Izar, ecc.).

TERAPIA E LIMITI DELLA GUARIGIONE. — Spetta a Di Cristina e Caronia (1914) il merito d'aver adottato il tartaro stibiato per via endovenosa nella cura del Kala-azar appena poco dopo che Vianna (1913) l'aveva esperimentato nella leishmaniosi americana. Da allora grazie al contributo dei due clinici siciliani la mortalità da cifre paurose che raggiungevano l'85 % è discesa al 13 % (Auricchio).

Al 1° infermo abbiamo somministrato, per via endovenosa, sino a gr. 3 di tartrato doppio di potassio e di antimonio; dopo un periodo di riposo di due mesi abbiamo iniettato altri 2.30 di tartrato doppio di sodio e di antimonio. Il 2° infermo è stato interamente curato con la seconda soluzione sino alla cospicua dose di gr. 7,30. Si è preferita tale soluzione perchè meglio tollerata e quindi consente un più generoso dosaggio ed in ogni caso è più efficace in infermi tartaro-resistenti ritenendosi dal Cannata che tale resistenza al farmaco sia dovuta non all'antimonio, ma al potassio legato al sale.

L'effetto della cura nei nostri due infermi è stato veramente decisivo per il profondo cambiamento del quadro clinico.

È accaduto nei 2 infermi dopo qualche mese di cura un vero mutamento di scena. Anzitutto la febbre si è attenuata e le « ondate » si sono fatte meno frequenti, i periodi di apiressia sono stati più lunghi e così, a cura inoltrata, la febbre ha avuto a varie riprese delle brevi esacerbazioni a periodi di tempo sempre più prolungati finchè si è del tutto dileguata.

Nei due infermi le condizioni generali si sono straordinariamente avvantaggiate; si ebbe vero senso di euforia, una maggiore attività funzionale, un risveglio delle forze, sensorio profondamente modificato, scomparsa della febbre, aumento considerevole di peso e (senza bisogno di dover ricorrere a nuovi esami di sangue) si è notato visibilmente un miglioramento considerevole della sanguificazione della cute e delle mucose. I due pazienti rinvigoriti ed in piena efficienza attendevano ansiosamente la fine delle cure per potere tornare al lavoro dei campi.

Ma la guarigione clinica ottenuta dopo molti mesi di iniezioni endovenose (intervallate da un riposo di 2 mesi fra la prima serie di iniezioni e la seconda) e con un dosaggio largo e generoso, non può dirsi completa: permane, considerevole, il tumore di milza.

È questo un carattere saliente della terapia del tartaro stibiato, la quale se ha salvato e salva tuttavia innumerevoli vite umane — le numerose statistiche riportate dagli AA. segnano effettivamente, nell'austero linguaggio dei numeri, il trionfo del metodo adottato da Di Cristina e Caronia — non riesce a far scomparire il tumore di milza, il quale è reliquato tuttavia, sebbene attenuato in parte, nei nostri pazienti per il resto in piena efficienza fisica.

Questo, come è stato avvertito concordemente dagli AA., è un carattere saliente della cura che limita i confini della guarigione vera e propria, almeno negli adulti. Altro carattere peculiare della cura è quello, già noto per concorde ammissione degli Autori, dell'*effetto tardivo*, cioè a distanza di tempo, della cura medesima.

Tale comportamento della milza, la cui tumefazione non si riduce mai completamente malgrado la scomparsa della febbre e le sopravvenute condizioni di benessere e nonostante un trattamento curativo inizialmente prudente ma in prosieguo fatto in grande stile e con alto dosaggio, si è perfettamente verificato nei nostri infermi.

Una spiegazione plausibile della persistenza del tumore di milza va ricercata indubbiamente, come fu già notato, nelle alterazioni strutturali del viscere, che sono riparabili e più o meno regredibili nella leishmaniosi infantile ma risultano irreversibili o quasi e però permanenti nello adulto analogamente a quanto Bignami e Marchiafava hanno messo in evidenza nella malaria.

Comunque non ci sembra infondato il suggerimento di persistere nelle cure tardivamente, a molti mesi di distanza, magari dopo

qualche anno — con ulteriori cicli di iniezioni.

Quanto meno il tentativo di cure tardive supplementari a lungo lasso di tempo, ci appare degno di considerazione e di esperimento: tali cure di consolidamento della guarigione a somiglianza di quanto si pratica per altre malattie infettive, nel caso nostro sarebbero rese più opportune dalla constatazione fatta da vari autori che il farmaco agisce tardivamente, a distanza di tempo, sull'organismo umano.

Ottobre, 1934-XIII.

RIASSUNTO.

Premessi taluni cenni bibliografici, l'A. riferisce due casi di Kala-azar viscerale in adulto assolutamente caratteristici per la loro sintomatologia ed altresì convalidati dal reperto positivo del parassita ottenuto mercè la puntura della milza. L'A., in base ai 2 casi riferiti (uno dei quali interamente curato con la soluz. di tartrato doppio di sodio e di antimonio proposta da Cannata), discute i sintomi più essenziali ed illustrandone i quadri morbosi per la conoscenza della leishmaniosi dell'adulto nel bacino mediterraneo.

Per la cura propone l'istituzione di cure tardive a lunga distanza di tempo per consolidare gli effetti della guarigione clinica che comunque sono sempre limitati dalla persistenza del tumore di milza.

☛ *Interessante pubblicazione* SEMI-GRATUITA:

Prof. GIUSEPPE SANARELLI
Direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Università di Roma

Nuove vedute sulle infezioni dell'apparato digerente.

Ecco il Sommario di questo importante libro:

PREFAZIONE. — I. Cosa si intendeva in passato, per infezione intestinale. — II. La patogenesi della febbre tifoide. — III. La patogenesi del colera. — IV. La patogenesi del carbonchio detto «interno» o «intestinale». — V. Altre infezioni ritenute enterogene. — VI. Corollari pratici di queste nuove vedute patogenetiche. — VII. La crenoterapia nelle smicrobizzazioni e disintossicazioni intestinali.

Volume di pagg. VIII-184, con 28 figure nel testo. — Prezzo L. **25**, più le spese postali di spedizione.

N. B. Agli abbonati al «Policlinico» che hanno già inviato o che invieranno **subito** l'importo del loro abbonamento pel 1935, il volume è ceduto, in porto franco, in Italia, per sole L. **9**. Per l'estero L. **12**.

Inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. AGENORE ZERI

Linfoadenosi leucemica subacuta con sintomatologia e decorso atipici.

Dott. G. DE BONIS, assistente

Un caso di linfoadenosi leucemica presentatosi alla nostra osservazione in periodo iniziale, precoce rispetto alle comuni evenienze, si presta ad alcune considerazioni non prive di interesse.

Si tratta di un individuo di 34 anni, controllore presso l'A.T.A.G. Il padre morì a 36 anni per carcinoma gastrico, la madre a 52 per scompenso cardiaco; questa ebbe 8 gravidanze condotte tutte a termine, ma dei nati solo due sono viventi essendo gli altri 6 morti in tenera età di malattie acute (broncopolmonite, difterite, gastroenterite).

Nulla di particolare nei precedenti personali fisiologici: ebbe allattamento materno e sviluppo normale, frequentò le scuole, prestò servizio militare; sposò a 26 anni donna sana che ha avuto cinque figli uno dei quali morì a 7 anni di meningite cerebrospinale epidemica.

Il p. è discreto fumatore, modico bevitore. Nega lues; dice però che durante il servizio militare, sottoposto a visita sanitaria per blenorragia, gli venne praticato anche la R. W. che diede risultato dubbio (sic). Gli vennero praticate cure antiluetiche a base di neosalvarsan per via endovenosa (una serie) e di preparati mercuriali per via endomuscolare. Da allora (16 anni fa) non si è più curato nè ha mai notato alcuna manifestazione di sospetta natura luetica.

Afferma di aver goduto sempre buona salute se si eccettua qualche lieve e fugace indisposizione, fino all'epoca del servizio militare, quando, mentre si trovava nella valle del Piave contrasse infezione malarica terzanaria benigna che non curò con regolare assiduità, limitandosi a prendere qualche compressa di chinino solo durante gli accessi, cosicchè la malattia con intervalli di apiressia più o meno prolungati, si protrasse per circa un anno. Da allora fino all'epoca attuale ha goduto buona salute.

L'8 marzo u. s. il p. notò un dolore puntorio alla base dell'emitorace S. anteriormente, dolore che si accentuava con i profondi atti respiratori, tanto che specie la inspirazione veniva spesso bruscamente interrotta; non tosse, non escreato, non polipnea, nè altri disturbi subbiettivi degni di rilievo. Contemporaneamente si manifestò una modica elevazione della temperatura che non superò i 37°,5. Nei giorni seguenti il dolore puntorio, pur persistendo nella zona suddetta si diffuse anche alla regione precordiale, ove è persistito ininterrottamente, intensificandosi a tratti, tanto da indurre il p. a ricorrere al nostro ambulatorio ove gli viene consigliato il ricovero in Istituto per le opportune ricerche.

Il reperto obbiettivo del p. all'ingresso (24 marzo 1934) era il seguente:

Condizioni generali buone; facies senza speciali caratteri; decubito indifferente; sensorio vigile.

Costituzione scheletrica regolare; stato di nutrizione discreto.

Cute bruno-rosea; sistema pilifero abbondantemente sviluppato; sottocutaneo scarso.

Sistema linfoghiandolare esterno: si palpano numerose ghiandole di grandezza variabile da una lenticchia ad un fagiuolo, dure, spostabili, indolenti, nelle regioni latero-cervicali, retro-cervicali ed inguinali; nella regione epitrocleare D., si palpa una ghiandola grande come un fagiuolo con gli stessi caratteri delle precedenti.

Muscolatura ben sviluppata, tonica; nulla di patologico a carico delle ossa e delle articolazioni.

Pupille uguali, di media ampiezza, ben reagenti alla luce ed all'accomodazione.

Lingua rosea, umida; arco palatino e faringe intensamente iperemici; tonsille sporgenti dalle logge; nella tonsilla S. si nota una placca lacunare purulenta.

Polso 64, ritmico a pressione normale.

Temperatura al momento dell'esame: 37°,2.

Apparecchio respiratorio: Non tosse, non escreato; nell'acme dell'inspirazione il p. avverte un dolore localizzato al 5° spazio intercostale tra l'emiclaveare e l'ascellare anteriore.

Torace di forma e volume normale, simmetrico nelle due metà; rilievi e depressioni fisiologiche poco evidenti. Alla palpazione il torace è elastico; si suscita dolore con la pressione digitale in un punto circoscritto nel 5° spazio intercostale S. all'interno dell'ascellare anteriore. Fremito pettorale alquanto indebolito alla base dell'emitorace S. Percussione: base D. si fissa a quattro dita e mezzo al disotto dell'angolo inferiore della scapola, bene mobile con gli atti del respiro; base S. a tre dita e mezzo al disotto dello stesso punto; espandibilità lievemente ridotta. Apici alla prominente; istmi ugualmente ampi bilateralmente (tre dita). Suono plessico normale su tutto l'ambito. Ascoltazione: mormorio vescicolare un po' ridotto alla base S., normale nel resto dell'ambito; in corrispondenza del 5° spazio intercostale, tra l'ascellare anteriore e l'emiclaveare si ascoltano numerosi sfregamenti piuttosto rudi, particolarmente evidenti nella piccola zona dolente precedentemente descritta, che talvolta risultano sincroni con l'attività cardiaca e più intensi nell'acme della inspirazione.

Apparecchio circolatorio: assenza di disturbi funzionali e subbiettivi. Non bozza precordiale; l'itto cardiaco non si vede; si palpa appena al 5° spazio intercostale sull'emiclaveare ed ivi si delimita la punta con la percussione; il limite D. non deborda dalla margino-sternale; il limite S. si fissa alla 3ª costa sulla margino-sternale, alla 4ª costa sulla parasternale. Non si palpano fremiti. Ascoltazione: toni netti su tutti i focolai non accompagnati da rumori di soffio.

Fascio sopracardiaco nei margini sternali.

Nulla di particolare si nota a carico dei vasi del collo e delle arterie periferiche.

Pressione arteriosa: Mx 125, Mn 70, B. K.

Esame radiologico del torace (apparecchio respiratorio e circolatorio): negativo.

Addome: di forma e volume normale; cicatrice ombellicale infossata; trattabile, indolente su tutti i quadranti. Non si palpano tumefazioni nè si notano segni di versamento libero nel cavo addominale.

Fegato: si palpa appena all'arcata costale, di consistenza lievemente aumentata, indolente. Limite superiore (ottusità relativa) alla 5ª costa sull'emiclaveare.

Milza: si palpa a circa un dito e mezzo dall'arcata costale, alquanto aumentata di consistenza, indolente. Limite superiore all'8ª costa sull'ascellare media.

Negativo l'esame delle regioni lombari e l'esplorazione delle loggie renali.

Negativo l'esame dei genitali esterni.

Negativo l'esame delle ghiandole endocrine.

Sistema nervoso: psiche integra; sensibilità ben conservata nelle sue varie forme; motilità attiva e passiva normale; riflessi superficiali e profondi normali.

Esame delle urine: reazione acida; densità (a 15°): 1020; albumina assente; glucosio assente; acetone assente; urobilina assente; pigmenti biliari assenti; pigmento ematico assente; muco pus assente; sedimento: scarsi urati amorfi, qualche leucocito ben conservato, rare cellule pavimentose. Non emazie, non cilindri.

Esame del sangue: glob. rossi 4.600.000; Hb. 80; val. glob. 0,86; glob. bianchi 12.800. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 71, eosinofili 2, basofili 0, linfociti 23, monociti 4.

L'esame dello striscio, colorato col M. G. G. non pone in evidenza alcuna alterazione degli elementi nè della serie rossa nè della serie bianca nè forme immature in circolo.

La storia clinica del p. e l'obbiettività pressochè immutata nei primi giorni di degenza non consentivano che di formulare la diagnosi di pleuropericardite la cui natura ci aspettavamo di definire con l'ulteriore osservazione. Infatti l'unico disturbo accusato dall'infermo era il dolore puntorio localizzato all'emitorace S., dolore cui corrispondeva il reperto costante di sfregamenti rudi, apprezzati già fin dal primo esame ambulatorio. La temperatura subiva quotidianamente scarse elevazioni (37°,2-37°,8) che l'esame di più giorni consecutivi rivelò del tutto irregolari.

Dopo circa una settimana di degenza, parallelamente ad una lieve recrudescenza termica e alla comparsa di profuse sudorazioni, insorsero artralgie multiple, specie ai gomiti e ai polsi senza peraltro nessuna modificazione apprezzabile a carico dei tessuti pariarticolari, una terapia salicilica, istituita in dosi generose, non sortì alcun beneficio. La caratteristica saliente di queste manifestazioni dolorose che abbiamo definitito come articolari, salvo ad indagarne poi più da vicino l'essenza, era quella di essere ben localizzate, circoscritte, isolate, nell'ambito delle superficie ossee in prossimità delle epifisi e in corrispondenza delle inserzioni tendinee e muscolari, restando relativamente indolente l'interlinea articolare.

Le condizioni generali andarono scadendo;

al colorito del volto e della cute bruno-roseo si sostituì un netto pallore che ebbe riscontro in un certo grado di oligoemia registrato nell'esame ematologco del giorno 9 aprile:

Glob. rossi 3.800.000; Hb. 64; val. glob. 0,84; glob. bianchi 14.200. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 67, eosinofili 2, basofili 0, linfociti 27, monociti 4.

L'emocultura praticata più volte in questo periodo risultò negativa. Da questo momento i fenomeni più salienti della malattia furono costituiti dai dolori articolari o meglio osteo-periostei, in prossimità delle articolazioni; dolori spontanei, violenti, trafittivi, circoscritti, che si accentuavano alla minima pressione ed ai soli tentativi di movimento, bastando ad esacerbarli la sola contrazione muscolare; dolori che dopo aver resistito alla terapia salicilica intensa e protratta, non cedettero neppur momentaneamente a tutta la serie dei medicamenti analgesici.

Frattanto un nuovo complesso sintomatico si era reso gradatamente manifesto. Le numerose linfoghiandole che si erano apprezzate al primo esame obbiettivo, piccole, di grandezza variabile da una lenticchia ad un pisello, dure, spostabili, indolenti, pur conservando questi ultimi caratteri, erono cospicuamente aumentate di volume, ed altre, dapprima non apprezzabili se ne erano aggiunte; il lieve tumore di milza che già notato all'ingresso del p. in ospedale, in assenza di ogni altro reperto nosologico, poteva attribuirsi alla pregressa infezione malarica, si era reso più manifesto debordando l'organo di due dita dall'arcata costale e giungendo in alto fino al VII spazio sulla linea ascellare media.

Un nuovo esame di sangue praticato in questo periodo (18 aprile) diede il seguente risultato:

Glob. rossi 3.200.000; Hb. 50; val. glob. 0,78; glob. bianchi 15.000. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 68, eosinofili 3, basofili 1, linfociti 23, monociti 5.

L'esame dello striscio non rivelò la presenza di forme immature o giovanili e solo mise in evidenza una cospicua quantità di placche reticolari e di endoteli vasali.

Sfuggendo in base ai dati suddetti ogni orientamento diagnostico verso una semplice forma reumatica, la mancanza di un reperto ematologico caratteristico, la micropoliadenia incalzante, il tumore di milza, le osteo-artralgie con carattere di esacerbazione notturna, l'anemia, la febbre irregolare e la rapida consunzione del malato portarono a considerare l'eventualità di una infezione specifica; e certamente più suggestiva risultava l'ipotesi di una infezione luetica, confortata, oltre che dal complesso morboso presentato dal p., anche dal ricordo del supposto contagio sofferto durante il servizio militare. Una cura antiluetica prontamente ed energicamente istituita non andò modificando affatto il quadro morboso.

Non mancammo in questo frattempo di intravedere un'altra possibilità, che cioè si trattasse di una malattia sistemica del sangue e precisamente a carico dell'apparato linfopoietico. Ci colpiva infatti il pallore quasi cereo che andava assumendo il p., la micropoliadenia così diffusa che aveva subito sotto i nostri occhi una netta modificazione in aumento, legata pure all'accresciuto tumore di milza. Questi dati ci spinsero durante il trattamento antiluetico a seguire con particolare frequenza il reperto ematologico, tanto più che esso ci aveva già dimostrato la presenza di placche reticolari e di endoteli. Queste forme tuttavia ben studiate da Fontana e da Lyon, sono frequenti sia nelle forme infettive acute che croniche, sia nelle malattie sistemiche del sangue e in particolare sono state descritte appunto come reperto caratteristico periodico nella linfoadenosi leucemica. Ma la loro presenza non era corredata da altri reperti ematici nè da sintomi clinici sufficienti ad orientare verso una loro decisiva interpretazione diagnostica.

Man mano che si accentuava lo stato anemico con le caratteristiche di un'anemia ipocromica e pur rimanendo la quantità dei globuli bianchi intorno ai 15.000 per mmc. il reperto morfologico e leucocitario si andava così modificando: in circa 10 giorni dal loro primo apparire la percentuale degli endoteli e delle placche reticolari si andò progressivamente riducendo e parallelamente diminuì la percentuale dei granulociti neutrofili sugli altri elementi mentre scomparvero del tutto gli eosinofili; si stabilì in altri termini una prevalenza relativa di linfociti i quali peraltro non presentavano alcuna modificazione o alterazione di struttura rispetto agli elementi normali. Solo negli esami successivi mentre si accentuava sempre più la linfocitosi relativa e assoluta furono notati alcuni elementi caratterizzati da scarso protoplasma e da reticolo cromatinico a maglie più lasse e a zolle meno compatte che nei linfociti normali; elementi questi che nello spazio di appena una settimana presero decisamente il sopravvento sul numero globale delle altre forme della serie bianca, fino alla percentuale del 63 %. Il numero totale dei leucociti si era pertanto lievemente elevato dai valori primitivi raggiungendo la cifra di 18.000 per mmc.

Tra gli elementi suddetti, negli esami successivi, eseguiti quotidianamente, dopo le prime incerte valutazioni potemmo concludere che esistevano delle forme a protoplasma basofilo, senza granulazioni, nucleo costituito da reticolo sottile con nucleoli, sì da ricordare molto da vicino gli emocitoblasti, ma con reticolo meno fine e con distribuzione della cromatina meno omogeneo che in questi ultimi.

Da questo momento il quadro ematologico, ormai nettamente delineato si rivelò in tutta la sua chiarezza; lo stato anemico sempre più accentuato era sostenuto da un numero di emazie di 2.500.000 con 40 di Hb.; gli elementi della serie bianca, pur non raggiungendo cifre eccessivamente elevate si aggirava intorno ai 20.000 e il reperto morfologico di questi era costituito esclusivamente da linfoblasti.

Il decorso ulteriore della malattia fu caratterizzato da uno stato anemico sempre più marcato, dalla persistenza ostinata dei dolori osteoperiostei, dalla comparsa di un versamento nel cavo pleurico S., da otite purulenta bilaterale, tanto l'essudato pleurico che il secreto otitico essendo costituito da cellule mononucleate con protoplasma basofilo, nucleo con rete cromatinica piuttosto fine, spesso nucleolate.

La milza tre giorni prima dell'obitus raggiungeva l'ombellicale trasversa debordando tre dita dall'arcata costale e raggiungendo in alto la VII costa; il fegato si palpava a due dita dall'arcata costale; le linfoghiandole erano cospicuamente aumentate di volume in tutte le stazioni raggiungendo le maggiori la grandezza di una piccola noce.

La temperatura febbrile non superò mai i 38°. Non si ebbe alcuna manifestazione emorragica nè fenomeni ulcerativi a carico del cavo bucco-faringeo.

La morte avvenne per cachessia il 2 giugno.

Si tratta di un caso di linfoadenosi leucemica ad inizio subdolo, con manifestazioni in parte subacute in parte acutissime, il quale ha presentato tuttavia una lunga fase che può ben definirsi aleucemica nel senso delimitato da Cesa-Bianchi.

Noi dobbiamo considerare particolarmente questa fase in cui tacciono tutti i sintomi della leucosi sistemica per la singolarità dell'inizio e le insolite estrinsecazioni morbose con cui si è improntata questa malattia. Infatti di primo acchito la chiazza di pleuropericardite, la febbricola, l'angina, le manifestazioni pseudoarticolari, le profuse sudorazioni potevano ben indirizzare il giudizio diagnostico verso una malattia reumatica o quanto meno verso un'infezione a punto di partenza tonsillare. Ma pur potendo questa malattia decorrere inizialmente in forma variamente attenuata, l'esame più accurato di quanto si riferiva alle articolazioni dolenti non forniva i caratteri tipici ed abituali con i quali si manifestano le localizzazioni articolari nell'infezione reumatica, poichè richiamava l'attenzione a circoscrivere una acuta dolorabilità in sede ossea e periostea, senza che affiorassero all'apprezzamento particolari fenomeni flogistici. E se a ciò si aggiunge un anamnesi sospetta per una lues pregressa; la micropoliadenia, la febbricola, l'anemia sempre crescente, l'esacerbazione notturna dei dolori ossei, il tumore di milza, noi avevamo sufficiente dati, scartato anche il criterio ab juvantibus mediante i salicilici, per dedicarci a descriminare l'eventualità di una manifestazione di lues terziaria, non potendosi riferire il nostro caso alle reazioni artralgiche descritte talvolta nel periodo secondario. Alcuni di questi sintomi fin d'ora potevano indirizzare ad una malattia del sangue a tipo sistemico. Sopratutto l'essere colpito l'apparato linfopoietico in maniera uniforme e senza speciali caratteri, l'essere dolenti quei segmenti ossei in cui più attiva è la mielopoiesi normale e patologica, corredato dagli altri sintomi descritti che possono considerarsi comuni a varie eventualità morbose, ci inducevano a seguire del pari con speciali attenzione il reperto ematologico. Questo era assolutamente muto in un primo tempo e salvo una progressiva anemizzazione cui corrispondeva il pallore giallognolo che l'ammalato veniva assumendo, non ci aveva mai rivelato nemmeno all'esame qualitativo dei singoli elementi, una qualche modificazione genetica che potesse confortare questa ipotesi fino, possiamo dire, all'episodio di comparsa degli elementi gruppo « placche reticolari ». Per cui ci trovavamo di fronte ad un reperto ematico genericamente infettivo.

La R. W. costantemente negativa anche dopo attivazione non poteva avere un valore assoluto in un'eventuale forma viscerale e florida; nel sangue però suole non esserci una leucocitosi neutrofila così elevata, come inizialmente nel nostro caso, a meno che non si tratti di attiva compartecipazione splenica in cui d'altro canto sono descritte come caratteristiche o una relativa poliglobulia o un tasso globulare con valore emoglobinico perfino risalito, ovvero non è esclusa una anemia con eosinofilia e spesso con reazione eritroblastica (Furno).

Su queste basi non potevamo dare un valore di particolare assegnazione alla comparsa delle placche reticolari frequenti in processi

splenomegalici vari, in malattie infettive, e che, solo quando raggiungono un'alta percentuale col loro netto decorso periodico ondulante, sono più caratteristiche di malattie proprie del sangue.

Limitando quindi le ipotesi diagnostiche tra la natura luetica delle manifestazioni morbose e un'affezione sistemica del sangue, — (potendosi assai più, clinicamente, escludere la natura t.b.c. delle manifestazioni stesse, per quanto in un primo momento poteva esser presa in considerazione sotto forma di polilinfomatosi t.b.c. con reazione articolare tipo Grocco-Poncet) — nella duplice supposizione attendevamo dall'esito della cura specifica un criterio di giudizio meno incerto, ripromettendoci di ricorrere alla biopsia di una ghiandola linfatica, in mancanza di un reperto ematologico nettamente attendibile.

Infatti il complesso sintomatico (la febbre, l'anemia, il tumore di milza, la poliadenia, i dolori ossei ecc.). poteva deporre anche per la diagnosi di m. di Hodgkin con le sue particolari manifestazioni osteoperiostee, per quanto il carattere delle ghiandole e la generalizzazione di esse in tutte le stazioni fosse un criterio poco favorevole per quest'ultima ipotesi, laddove nel m. di Hodgkin le tumefazioni ghiandolari sono più regionali, i singoli elementi più duri, e la loro grandezza non così pressochè uniforme come nel caso illustrato.

Mentre l'esito negativo della cura antiluetica, energica e protratta, andava sfatando il concetto della natura specifica della sindrome morbosa, la comparsa nel sangue circolante di elementi linfocitari immaturi che prese rapidamente il sopravvento sul numero globale delle altre forme, e finalmente il reperto di linfoblasti che rapidamente invasero il torrente circolatorio fino a dare il quadro di una netta linfoblastosi chiari in maniera definitiva il complesso sintomatologico che avevamo seguito con ansia e che ci aveva lasciati per tanto tempo dubbiosi.

È venuto a mancare nel nostro caso il reperto necroscopico poichè, messi al corrente della natura del male, i parenti dell'infermo si rifiutarono di trattenerlo ulteriormente in Ospedale; cosicchè il p. venne seguito da allora solo sporadicamente. Ma il quadro clinico ormai così netto non avrette trovato probabilmente che il riscontro anatomico nella consueta metaplasia linfoide propria della malattia.

Il caso ci pare degno di interesse perchè è caratterizzato dai seguenti punti salienti:

1) il lungo periodo dello stato aleucemico, anche se dobbiamo prendere come prima manifestazione il dolore puntorio toracico e come estremi la manifestazione di esso e il primo apparire di forme immature nel sangue circolante (8 marzo-13 maggio); e all'opposto la breve durata del periodo leucemico (14 maggio-2 giugno);

2) le insolite manifestazioni morbose costituite sopratutto dalle osteoperiostalgie violente, tenaci, persistenti durante tutto il decorso della malattia;

3) il contrasto fra il lento aumento di volume della milza e delle ghiandole linfatiche nel periodo aleucemico e l'impulso incalzante dei tessuti leucemici in fase di liberazione ematica degli elementi caratteristici della linfoadenosi;

4) il decorso insolito, con scarsa febbre, senza il quadro settico che caratterizza la leucemia acuta, senza fenomeni emorragici, cutanei o mucosi, senza fatti ulcerativi a carico della cavità boccale;

5) la non comune circostanza data dalla possibilità di seguire le varie fasi evolutive del reperto ematologico da un periodo in cui esso risultava del tutto normale, fino alla linfoblastosi dichiarata, e annunciata dall'impulso ematico di placche reticolari.

Roma, luglio 1934-XII.

RIASSUNTO

L'A. descrive un caso di linfoadenosi leucemica a decorso subacuto il quale è presentato con non comuni caratteristiche e che fu possibile seguire fin dalle primissime fasi del male.

Ricordiamo l'interessante pubblicazione SEMI-GRATUITA:

Prof. MARIO CHIRON
Docente nella R. Università di Roma

LE MALATTIE DEL SANGUE

Manuale Pratico per Medici.

Riportiamo l'Indice Sistematico in riassunto:

INTRODUZIONE. — *Caratteri generali*, pagg. 1 a 10. — PARTE PRIMA: **Morfologia e fisiopatologia del sangue,** pagg. 11 a 38. — **Organi emopoietici,** pagg. 39 a 104. — PARTE SECONDA: **Le malattie del sangue**: *Anemie*, pagg. 105 a 187; *Leucosi*, pagg. 188 a 276; *Diatesi emorragiche*, pagg. 277 a 332. — PARTE TERZA: **Metodica delle ricerche ematologiche,** pagg. 333 a 408. — **Tavole a colori** e rispettive descrizioni, pagg. 409 a 416.

Volume di pagg. XII-646, con 49 figure nel testo e 5 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. **68.**

N. B. - Agli abbonati al « Policlinico » che hanno già inviato o invieranno **subito** l'importo del loro abbonamento pel 1935, il volume è ceduto, in porto franco, in Italia, per sole L. **35**. Per l'estero L. **40**.

Inviare Vaglia Postale o Cheque Bancario all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ
« BENITO MUSSOLINI » IN BARI.

La cura bulgara di alcuni postumi di encefalite letargica.

(II comunicazione).

Prof. LUIGI FERRANNINI, direttore.

Sulla cura bulgara del parkinsonismo riferisco ancora brevemente quant'altro ho potuto osservare, dopo la mia comunicazione dello scorso marzo. (Vedi *Policlinico*, sez. pratica 1935 n. 20).

I risultati curativi son continuati ad essere sempre quelli che ho già annunziati: nessun pericolo quando la cura è fatta con prudenza ed oculatezza, nessun insuccesso, una costante miglioria più o meno notevole a seconda dell'intensità e della durata dei disturbi da correggere e dell'esattezza e tenacia della cura.

Resta sempre inteso che si tratta di cura sintomatica, in cui per qualche cosa — ma per qualche cosa solamente — può anche entrare un azione suggestiva; ma assolutamente non di una cura causale o quanto meno di processo, per cui non è a parlare di guarigione ed occorre protrarre senza fine la somministrazione del farmaco. Tutti i malati dimessi dopo un certo tempo dalla Clinica e che hanno abbandonato o rallentato la cura, in poche settimane hanno progressivamente perduto quanto avevano recuperato: quelli che l'hanno ripresa hanno constatato la stessa miglioria notata la prima volta; quelli che non l'hanno mai interrotta han visto permanere i vantaggi ottenuti fino a quel massimo che si era potuto raggiungere, senz'avere alcun danno dall'indefinito protrarsi della cura stessa, come nessuno ne avevano avuto dall'aumento progressivo delle dosi portate per ognuno fino al limite massimo consentito dalla tolleranza e giustificato dal progresso tangibile della miglioria.

I danni, che di recente Siegmund ha denunziati come conseguenza delle altissime dosi di atropina propinate in Germania sotto l'impulso di Roemer, consistenti essenzialmente in un'atonia gastro-intestinale che arrivava fino alla dilatazione atonica dell'intestino ed all'ileo paralitico, io non ho mai osservati nei malati trattati con la radice di belladonna. In essi, come dissi, i disturbi si sono limitati alla midriasi, alla tachicardia, alla stitichezza, alla secchezza delle fauci, che è stato sempre agevole correggere con qualche giorno di sospensione della cura o con una lieve riduzione di dosi od anche con qualche piccolo soccorso sintomatico (collirio di eserina, purgante salino od oleoso, amari) quando non si voleva guastar l'effetto progressivamente benefico della cura intrapresa.

Questa è andata sempre meglio quando la dose quotidiana della decozione è stata somministrata frazionatamente nella giornata, invece che tutt'in una volta come comunemente si fa: è parso che la somministrazione frazionata tenesse più continuamente sotto l'azione benefica del farmaco i sintomi morbosi.

Tra i diversi sintomi la rigidità muscolare si è sempre modificata più del tremore. Ma, usando la radice di belladonna indigena invece di quella bulgara, sempre nella stessa forma di preparazione e somministrazione ed alla stessa dose, il tremore s'è modificato di più.

Ho detto l'altra volta che avevo allora appena cominciato a far qualche saggio con la radice di belladonna indigena. Ho continuato e mi son trovato bene; perchè ne ho avuto gli stessi effetti benefici della belladonna bulgara e forse anche migliori specialmente nei riguardi del tremore, come ho detto. Un ufficiale superiore dell'esercito, già curato altrove con belladonna bulgara che ancora periodicamente gli veniva rifornita, dopo una settimana d'interruzione, ha cominciato a prendere belladonna indigena da noi fornita: ne ha avuto gli stessi effetti con apprezzabile attenuazione del tremore, che era rimasto quasi immodificato dalla belladonna bulgara. E non va certo trascurato il pregio del costo assai inferiore della droga nostrana.

L'una e l'altra varietà di belladonna, con successo pari a quello ottenuto nel parkinsonismo post-encefalitico, ho somministrato anche a qualche malato di vero morbo di Parkinson primario o spontaneo. Uno di questi infermi, sofferente da otto anni ed in condizioni abbastanza gravi, dopo di avere invano esperite tutte le altre cure comunemente consigliate, è stato un pajo di settimane in Clinica, ed è sensibilmente migliorato; sta ora continuando la cura a casa sua con preparazione che noi gli forniamo, e scrive che la miglioria continua e gli effetti sono migliori di quelli che egli aveva ottenuti dalle altre cure: si tratta di persona intelligente e colta, sul cui apprezzamento si può contare. In lui ho usato sempre belladonna indigena.

Ho voluto ancora saggiare la stessa cura in altre forme d'ipertonia non extrapiramidale: in un caso di paraparesi spastica di Erb ed uno di emiplegia spastica da embolismo cerebrale. In ambedue ho notato nessun vantaggio ed in-

vece manifesti segni d'intolleranza già con piccole dosi di belladonna, come mai ho visto negli altri malati: tachicardia, soprattutto midriasi con disturbi della vista, agitazione, e tale secchezza delle fauci da dare gravi disturbi fino a provocazione del vomito. Ho dovuto, quindi, subito smettere. Mi pare degna di rilievo, non solo per gli effetti curativi mancati ma anche per l'intolleranza insorta, questa differenza di comportamento tra lesioni piramidali ed extrapiramidali di fronte alla belladonna: è un fatto che merita considerazione ed anche forse ulteriore studio.

RIASSUNTO.

Son confermati i risultati costantemente benefici annunziati nella prima comunicazione e la perfetta innocuità della cura bulgara quando è applicata con prudenza e ben sorvegliata. Il miglioramento, puramente sintomatico, regredisce se per alcuni giorni si sospende la cura, e ripiglia quando la cura si riprende. Da una lunga somministrazione non segue alcun danno, e soprattutto nessuno di quegli inconvenienti gravi consecutivi a somministrazione protratta di alte dosi di atropina rilevati da Siegmund. La somministrazione frazionata della dose giornaliera pare più proficua di quella massiva.

La radice di belladonna indigena è preferibile a quella bulgara, perchè ha la stessa azione sulla rigidità muscolare ed attenua anche il tremore, che è lasciato presso che immodificato dalla belladonna bulgara.

Gli stessi risultati che nel parkinsonismo post-encefalitico si hanno pure nel vero morbo di Parkinson ma non nelle rigidità piramidali, nelle quali anzi la cura di belladonna è assai mal sopportata.

☛ *Ricordiamo l'interessante Monografia:*

Prof. LUIGI SPOLVERINI
Direttore della Clin. Pediatrica della R. Univ. di Roma

Le recenti acquisizioni della scienza sulla alimentazione della prima infanzia.

Con presentazione del Prof. Sen. E. MARCHIAFAVA

SOMMARIO — *Lettera del Prof. E. Marchiafava.* Pag. 3 e 4 — *Indice.* Pag. 5 e 6. — *Introduzione.* Pag. 7 a 10. — Cap. I: *La digestione e l'uso delle sostanze amidacee nei primi mesi di vita.* Pag. 11 a 18. — Cap. II: *La patogenesi e la cura delle comuni dispepsie da latte di donna e di vacca.* Pag. 19 a 28. — Cap. III: *Gli studi di fisico-chimica colloidale del latte ed i loro riflessi nella pratica alimentare infantile.* Pag. 29 a 42. — Cap. IV: *L'azione eutrofica degli alimenti irradiati.* Pag. 43 a 61.

Volume in-8 di pagine 64. Prezzo L. 10 più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 8 in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Gli ascessi e le suppurazioni pulmonari.

(M. GURFINKIEL. *Gazette des Hôpitaux*, 5 aprile 1935).

La distinzione delle affezioni purulente dei pulmoni in ascessi dei pulmoni e suppurazioni pulmonari non corrisponde alla realtà. Bisogna considerare come suppurazioni pulmonari tutte le affezioni purulente del polmone, più o meno limitate, la cui sede è il parenchima pulmonare, comprendendovi anche le raccolte secondarie divenute putride.

Tra le cause favorenti delle suppurazioni pulmonari bisogna annoverare il freddo, l'alcoolismo, lo stato di debolezza generale ecc., insomma tutte quelle condizioni che modificano il terreno e rendono l'organismo meno resistente.

Le cause determinanti più frequenti sono i traumi diretti, i corpi estranei delle vie aeree, le affezioni boccali e rinofaringee, le tonsillectomie specie se praticate con anestesia generale, la stessa anestesia generale per qualsiasi altro intervento chirurgico.

Più comuni e più varie sono le suppurazioni pulmonari secondarie ad altre affezioni: infezioni generali con embolia settica del pulmone, l'infarto emorragico di Laënnec con infezione secondaria, la broncopulmonite, sopratutto quella influenzale e la rosolia, l'intossicazione da yprite. La pulmonite lobare raramente provoca questa complicazione, salvo che negli alcoolisti, nei diabetici e nei vecchi. Le raccolte purulente degli organi vicini possono produrre una localizzazione pulmonare per perforazione.

Gli agenti microbici che più comunemente provocano la suppurazione polmonare sono i microbi abituali della suppurazione, lo pneumobacillo di Friedländer, alcuni anaerobi, l'ameba istolitica.

L'infezione del parenchima pulmonare può verificarsi per effrazione o per la via linfatica, mucosa e sanguigna.

L'effrazione è dovuta ad un trauma. La suppurazione è rara in seguito a ferite per colpi da fuoco. Di solito si determina in seguito a ferite da armi taglienti del torace, comunicanti con il parenchima pulmonare, o ad altre ferite del pulmone.

La mucosa bronchiale può essere infettata da corpi estranei apportati dalle vie aeree superiori. Quindi l'infezione si propaga fino a raggiungere gli alveoli.

Lo stesso meccanismo hanno le suppurazioni pulmonari che si producono sul corso di una bronchite discendente. L'anestesia generale vi concorre congestionando e rendendo più fragile la mucosa bronchiale.

La infezione per via linfatica è possibile, ma le più comuni sono quelle per via ematica: l'apporto avviene a mezzo di emboli settici.

Dal punto di vista anatomo-patologico si hanno le seguenti varietà: ascesso semplice, ascesso multiplo, ascesso areolare.

Nell'ascesso semplice il lobo nel quale ha sede è grosso, pesante come se fosse epatizzato. Solo nei casi inveterati si forma una membrana piogena. La pleura sovente è inspessita, aderente. Il centro dell'ascesso è per lo più un bronco o un vaso. Quando si constituisce la caverna la parete sembra essere piena di detriti ammassati. Si può avere una reazione fibrosa, ma mai una sclerosi reattiva capace di dare la guarigione.

L'ascesso multiplo può comportarsi come quello precedente ed evolvere favorevolmente, ma per lo più è costituito da una suppurazione fetida o gangrenosa. La reazione fibrosa è quasi sempre intensa.

L'ascesso areolare è quasi sempre fetido. Tutta la zona è deliquescente. La sclerosi appare precocemente e va di pari passo con lo sfacelo.

La sintomatologia delle suppurazioni pulmonari varia da un malato all'altro. Si distingue: un periodo prodromico o iniziale, un periodo di vomica ed un periodo terminale.

Il periodo iniziale in alcuni casi è costituito da una qualsiasi pulmonite o pleuro-polmonite acuta. Nei casi nei quali l'etiologia è diversa l'inizio è costituito da un dolore puntorio intermittente, brividi, febbre e tosse secca. Talvolta il dolore toracico atroce può durare parecchi giorni. In altri casi il quadro clinico può essere quello di una setticemia generale senza localizzazioni.

In questo periodo il reperto semeiologico non ha nulla di caratteristico. Si possono rilevare i segni di una pulmonite localizzata, di una broncopulmonite disseminata, di una corticopleurite, di una bronchite acuta.

In questo momento la puntura esplorativa, del resto pericolosa, è sempre negativa.

Nel sangue si può incontrare una leucocitosi con aumento dei polinucleari.

Quando la suppurazione pulmonare è discretamente avanzata, il pus prende la via dei bronchi, e fuoriesce. È la vomica. Questa può essere preceduta da un dolore violento, talvolta dal fetore dell'alito e anche da emottisi. Il pus è emesso dalla bocca e dal naso. Il malato è angosciato e può soccombere per asfissia. Ma i fenomeni drammatici possono calmarsi ed il malato si sente momentaneamente sollevato. Spesso si ha un nuovo aggravamento dello stato generale e si produce una nuova vomica. Il pus è fetido e contiene una flora microbica ricca e poco caratteristica.

Dopo la vomica si stabilisce il periodo della suppurazione pulmonare aperta con espettorato purulento. Questo posto in un bicchiere si separa in tre strati. Può essere nummulare o costituire una massa omogenea, spesso è striata di sangue. La sua quantità quotidiana con molte oscillazioni può raggiungere anche i 400 cmc.

La febbre oscilla intorno ai 39°-40° con remissione mattutina. Lo stato generale declina rapidamente.

I segni fisici sono molto variabili. Per lo più si trova una zona di ottusità, rantoli umidi, crepitio. Talvolta si hanno i segni della pleurite circoscritta ed in altri quelli della bronchiectasia.

L'esame radiografico per lo più rileva un'ombra sospesa con immagine idroaerea.

La suppurazione può assumere un decorso acuto, cronico e prolungato.

La forma acuta ha inizio brusco e conduce in qualche giorno alla vomica.

La forma cronica evolve subdolamente, la febbre è poco elevata e l'espettorazione aumenta gradatamente.

La forma prolungata è intermedia tra le due precedenti e costituisce la forma classica della suppurazione pulmonare. Di solito dopo una crisi (vomica) si ha una remissione, seguita da nuove riacutizzazioni più o meno riavvicinate e gravi. La guarigione spontanea è rara, ma possibile.

Le complicazioni sono molto varie e per ordine di frequenza sono le seguenti:

1) L'emottisi più o meno abbondante è continua: va dalle piccole striature dell'espettorato all'emorragia profusa.

2) La laringite dovuta ad ispessimento delle corde vocali.

3) Le lesioni osteo-articolari, di cui le più caratteristiche sono costituite dalle dita ippocratiche con unghie a vetro d'orologio, dalle dita a bacchetta di tamburro.

4) I versamenti pleurici dovuti a pleuriti interlobari.

5) Lo pneumotorace spontaneo.

6) Gli ascessi metastatici.

7) L'accensione di antichi focolai tubercolari.

8) La bronchiectasia che è una delle complicazioni più gravi e che può persistere anche dopo la scomparsa della suppurazione.

La diagnosi si fonda sopra tutto sull'abbondanza e sui caratteri già indicati dell'espettorato. L'esame citologico mette in evidenza numerosi polinucleari, cellule alveolari e fibre elastiche. L'assenza del bacillo di Koch costituisce un valido criterio discriminativo.

La radiografia dà reperti assolutamente dimostrativi quando l'ascesso pulmonare è ben circoscritto. Nelle suppurazioni diffuse la zona di condensazione è molto estesa, fino ad un intero polmone, e le perdite di sostanza sono piccole e numerose.

La diagnosi differenziale va posta sopra

tutto con le dilatazioni dei bronchi, la bronchiectasia isolata, la broncorrea semplice, la pleurite interlobare ed incistata, i tumori polmonari.

La cura delle suppurazioni pulmonari offre molte difficoltà. Tutti i medicamenti tentati (arsenico, autovaccini, autosieri) si sono dimostrati inefficaci. L'emetina è indicata solo nelle forme amebiche.

La broncoscopia con aspirazione non ha dato risultati brillanti e non è sempre praticabile.

Lo pneumotorace artificiale, la frenicectomia, lo scollamento e la toracoplastica extrapleurica sono inefficaci quando non sono pericolosi.

Si è molto vantato l'intervento chirurgico diretto, la pneumotomia, la pneumectomia, la lobectomia parziale o totale. Ma va rilevato che le statistiche finora pubblicate danno una mortalità del 30 % a seguito di operazioni praticate per giunta su malati che non presentavano controindicazioni per l'intervento le quali sono numerose: lo stato avanzato dell'affezione, lo stato generale e l'età del malato, la profondità e la diffusione della lesione. Data quindi la gravità immediata dell'atto operativo, le possibilità d'insuccesso, e le numerose controindicazioni si può concludere che il trattamento chirurgico diretto non si presenta vantaggioso.

Preferibile sembra l'alcoolterapia.

Si inietta per via endovenosa il liquido seguente:

Alcool a 95° . . . . . . 33 %
Soluzione glucosata al 40 % . 67 %

Si comincia con l'iniettare 20-25 cmc. di questo liquido e si aumenta fino a raggiungere la dose di 50-60 cmc. dopo quattro iniezioni. Queste si praticano a giorni alterni e avendosi il miglioramento si distanziano fino a praticarle ogni quattro giorni.

Nelle forme acute sono sufficienti 15 iniezioni ed in quelle croniche 30.

Gli infermi sottoposti all'alcoolterapia migliorano rapidamente nelle condizioni generali e nei disturbi locali. E il miglioramento non è soltanto sintomatologico, ma anatomico: gli esami radiologici successivi dimostrano una tendenza alla scomparsa delle lesioni, che va fino alla guarigione.

Dr.

Pneumolisi sopraperiostea e sottocostale con piombaggio dei muscoli pettorali.

(J. Alexander. *Archives of Surgery*, marzo 1934).

La pneumolisi sopraperiostea e sottocostale con piombaggio dei muscoli pettorali consiste nella liberazione delle porzioni anterolaterali delle prime coste dal loro periostio e dai muscoli intercostali, e nel ripiegamento dei muscoli pettorali peduncolizzati tra le costole denudate che si trovano all'esterno e il periostio, i muscoli intercostali, la pleura e il polmone internamente. Questo intervento è specialmente indicato nelle caverne tubercolari o nelle lesioni non tubercolari che si trovano tra la clavicola e il livello della terza costola, anteriormente. Il rilasciamento e il riposo del polmone che così si ottengono tendono ad arrestare la progressione delle lesioni polmonari e a chiudere le cavità formatesi o a favorire lo sviluppo di tessuto fibroso.

Shivers, Archibald, Goffaerts e de Winther, e Sebrechts hanno adoperato i muscoli pettorali per un piombaggio extrapleurico resecando le costole in corrispondenza della lesione e applicando il piombaggio muscolare tra la pleura parietale all'interno e il periostio e i muscoli intercostali all'esterno.

L'attuale metodo è stato applicato per la prima volta da Alexander; in seguito egli l'ha eseguito sette volte con risultati soddisfacenti; ma l'esecuzione di quest'intervento è limitato alle sole lesioni polmonari che si trovino tra la clavicola in alto e la terza costa in basso, inoltre esse devono essere piuttosto superficiali perchè la compressione possa essere efficace.

I vantaggi dell'operazione sugli altri metodi di piombaggio extrapleurico sono:

1) la possibilità di liberare il polmone dalle costole per lo spazio desiderato;

2) il collasso del polmone non dipende dall'assenza di aderenze extrapleuriche;

3) non esiste il pericolo di ferire la pleura o il polmone poichè la pleura non viene esposta;

4) poichè non si reseca alcuna costa il piombaggio è ben mantenuto in posto e perciò il meccanismo di espettoramento non è interessato che in piccola parte;

5) il periostio delle coste è spinto profondamente dentro il torace e presumibilmente forma nuove coste che tendono a mantenere il polmone nella posizione collassata anche se i muscoli si atrofizzano.

La tecnica dell'intervento. — L'operazione è eseguita con anestesia etilenica e il paziente in posizione di Trendelemburg con inclinazione di circa 15 gradi; questo spinge la secrezione polmonare a gravitare verso la bocca e diminuisce la possibilità dell'infezione di regioni polmonari indenni.

Si esegue un'incisione a grande arco con la concavità rivolta allo sterno, il punto più esterno raggiunge il pilastro anteriore della regione ascellare, l'estremità superiore sulla articolazione sterno-clavicolare, l'inferiore all'unione della terza costa con lo sterno.

Incisione della cute e sottocutaneo, il lembo così ottenuto si ribatte sullo sterno. Si recidono le inserzioni sternali e costali del grande pettorale e il tendine omerale rispettando l'inserzione clavicolare e i vasi e nervi che di qui raggiungono il muscolo; il piccolo pettorale è disinserito dalle sue costole di

origine lasciando intatta l'inserzione coracoidea. I due muscoli sono ribattuti in alto e protetti con garza. Si incide quindi il periostio della porzione anterolaterale delle costole che stanno sopra la lesione polmonare e si liberano queste costole dal loro periostio anche posteriormente. In questo modo si viene a formare uno spazio vuoto limitato anteriormente dalle costole denudate, posteriormente dal periostio e dai muscoli intercostali. In questo spazio vengono messi il piccolo e il grande pettorale, quest'ultimo ripiegato su sè stesso e a diretto contatto con la faccia posteriore delle coste. Un'incisione nel punto declive per un drenaggio e la sutura del lembo terminano l'operazione. R. MARTONE.

CUORE.

Infarto del miocardio a forma puramente digestiva.

(E. DOUMER. *Bull. et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 marzo 1935).

La crisi anginosa dell'infarto del miocardio si complica spesso con nausee e vomiti ed è pure cosa nota che in certi casi il dolore dell'angina di petto si localizza alla base del torace e nella regione epigastrica, dando ciò che si chiama l'angor addominale. La sindrome si presterebbe facilmente a confusione con una affezione dell'apparato digerente, se il dolore, la cui sede è atipica, non conservasse la violenza e il carattere costrittivo dei dolori anginosi. Ma vi sono dei casi nei quali mancano tutti gli elementi della sindrome anginosa ed anche il dolore, e così l'infarto miocardico assume una forma puramente digestiva.

Obrastrow e Straschesko per i primi, nel 1910, misero in evidenza che delle lesioni delle coronarie possano tradursi solo con una sindrome di indigestione acuta.

Anche altri AA. ne parlano, ma i trattati classici e le monografie tacciono questi fatti o quasi.

L'A. riferisce due osservazioni tipiche, che mostrano come la sintomatologia funzionale può essere in questi casi puramente digestiva.

Primo caso: si tratta di un uomo di cinquantatre anni il quale fu colpito bruscamente da nausea e vomito incessanti, accompagnati da una sensazione dolorosa di bruciore gastrico, seguiti da coliche e diarree, senza dolore costrittivo, nè sensazione alcuna dolorosa al petto. Nei giorni successivi comparvero: eruttazioni numerose, borborigmi, costipazione.

Il malato aveva febbre modica. Al nono giorno comparvero per la prima volta palpitazioni di cuore ed oppressione in occasione di lievi sforzi. L'esame ulteriore dette i segni indiscutibili di un infarto del miocardio che condusse il paziente a morte alcune settimane più tardi in mezzo ad una sindrome di insufficienza cardiaca progressiva.

Secondo caso: Era un uomo di 60 anni che si lamentava esclusivamente di nausee sopraggiungenti dopo il pasto, ma che passavano col riposo. Ne fu precisata la natura per mezzo dei tracciati elettrici i quali mostravano importanti alterazioni. Il cuore appariva normale alla ascoltazione ed alla radioscopia. Il malato dopo alcune settimane venne a morte per un infarto preceduto da una breve fase di bradicardia da dissociazione. VICENTINI.

Considerazioni sull'evoluzione della dissociazione auricolo-ventricolare.

(A. CLERC, B. ZADOC-KAHN e R. ANDRÉ. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 19 febbraio 1935).

La esistenza di una bradicardia permanente con dissociazione auricolo-ventricolare comporta la eventualità di una morte improvvisa o rapida, in mezzo ad accessi epilettiformi e sincopali descritti da Adams e Stokes, i quali sono legati sia all'arresto brusco del cuore, sia allo stabilirsi di una fibrillazione o di un flutter ventricolare. Tale prognostico non è però, secondo certe osservazioni, sempre così infausto e ricerche recenti, rese più precise dalla elettrocardiografia in serie, hanno dimostrato che perfino dopo uno stato sincopale grave, con morte apparente, era possibile il ritorno alla vita e ciò per un tempo apprezzabile.

Gli AA. riportano un caso di tal genere, che sono molto rari. Ne sono stati descritti altri quattro: uno da Gallavardin e Bérard, uno da Lévine e Matton, uno da Freundlich e uno da Schwartz e Jezer. La durata della sopravvivenza è variabile, ma talora relativamente lunga: infatti se il malato di Lévine e Matton soccombette dopo un mese, il malato di Gallavardin e Bérard visse ancora un anno. La malata curata dall'A. presentò una sola crisi tipo Adams-Stokes e dopo dieci mesi il suo stato era ancora soddisfacente senza dissociazione, a differenza degli altri casi nei quali la dissociazione persisteva nonostante il ritorno ad uno stato circolatorio abbastanza buono.

Due parole di terapia: l'iniezione intracardiaca di adrenalina fu quella che salvò la malata in preda alla morte apparente, ma l'A. non ha elementi per spiegare la relazione diretta tra questo trattamento e la ripresa del ritmo sinusale. VICENTINI.

MISCELLANEA.

Si può associare l'immunità passiva serica con l'immunità attiva anatomica.

(T. PONTANO. *Minerva Med.*, 9 giugno 1935)

L'A., in un poderoso articolo sviscera questo interessante problema e riporta dati sperimentali personali molto importanti che male si prestano ad un riassunto. Ecco in ogni modo i dati fondamentali segnalati.

Più volte si tentò, invano, la soluzione del seguente problema: rendere maneggevoli ed efficaci, a scopo vaccinico, le tossine fino ad ora pericolose nella pratica vaccinica umana. Il problema cominciò ad avviarsi a soluzione con la trasformazione e stabilizzazione delle tossine in *anatossine* (Löwenstein, 1912; Ramon), in esse, per es., possediamo per la difterite e per il tetano un vaccino certamente innocuo, sicuramente efficace.

In base a ricerche personali l'A. può assicurare che la immunità conferita dalle anatossine è, non solo *solida* e *duratura*, ma anche *assai precoce*. Egli manifesta anzi l'opinione certo non esagerata che se queste due vaccinazioni si rendessero obbligatorie e si diffondessero largamente, forse il problema della difesa contro queste due malattie sarebbe risolto.

Tuttavia ciò rimarrà un desiderato per molti anni ancora; è quindi ancora immanente il *problema della difesa immediata di soggetti inevitabilmente esposti al contagio, o in un episodio epidemico difterico, o per un incidente individuale minaccioso di tetano.*

È indubitato che pure avendo la difesa attiva anatossica il carattere di precocità dal Pontano segnalato, il tetano ha spesso una incubazione minore di otto giorni e la difterite una ordinariamente più breve. In questi casi quindi il siero antitossico serba incontrastata la sua posizione privilegiata quale apportatore di massiva, immediata immunità passiva.

Ma a questo tipo di immunità si legano vari inconvenienti: 1) *transitorietà;* 2) *facili malattie da siero per reiniezioni.* Perciò si considera la profilassi serica antidifterica un eccezionale mezzo di difesa epidemica, e l'antitetanica è stata accettata solo come necessità ineluttabile.

L'ideale sarebbe di potere usufruire *della rapidità dell'immunizzazione passiva* e *della stabilità della immunizzazione attiva.*

Già Behring credette che una mescolanza di tossina e siero, in proporzioni tali da restare innocua, rimanesse attiva come antigene. Ciò risultò sperimentalmente errato (Kolle). La sola mescolanza di siero e di tossina *iponeutralizzata* è sicuramente vaccinante, ma *pericolosa.*

Nel 1914 Lafaille esperimentò siero e tossina jodata.

Ramon e compagni han trovato che, sia mescolando siero e anatossina *in vitro*, e inoculando il miscuglio, sia inoculandoli contemporaneamente, nella stessa zona o in zone differenti, non si determina immunità attiva; l'antitossina del siero neutralizza l'anatossina come neutralizzava la tossina, e ne annulla l'azione vaccinante allo stesso modo con cui annullava la azione tossica.

Ciò non contrasta con quanto si poteva supporre: l'anatossina ha tutte le proprietà della tossina meno quella tossica; se la tossina unita al siero non uccide e non vaccina, lo stesso doveva fare la anatossina.

Si può affermare: *mescolando in vitro anatossina e antitossina il miscuglio non è vaccinante*, perchè l'anatossina viene legata e perde il suo potere antigeno.

Lo stesso accade se si iniettano anatossina e siero contemporaneamente, nella stessa zona o in zone lontane; lo stesso se si inietta prima il siero antitossico e poi l'anatossina; finchè dura l'azione protettiva del siero (10-20 giorni), ossia finchè gli anticorpi rimangono presenti nel circolo, l'anatossina iniettata viene fissata e neutralizzata da essi.

Pontano è ricorso all'unico espediente che rimaneva: *far precedere l'iniezione di anatossina a quella di siero.*

Iniettando l'anatossina un certo numero di ore prima del siero, se quella, come la tossina, si fissa rapidamente ai tessuti, l'antitossina che sopravviene non troverà più la sostanza vaccinante libera nel circolo; sarà incapace, come lo è per la tossina, di slegarla dei tessuti, e quindi, pure esplicando la sua azione difensiva immediata, incapace di disturbare il processo immunitario che si svolge, provocato dalla anatossina; per cui quando, dopo 15-20 giorni, gli anticorpi del siero inoculato saranno del tutto eliminati, entreranno in circolo quelli provenienti dall'immunizzazione attiva.

Portano iniziò le prime esperienze sulla difterite nel 1930-31 su cavie. I risultati furono assai netti: *il vaccino se associato al siero è inefficace. Raggiungono invece una solida immunità in grado non distinguibile da quello dell'immunità di cavie vaccinate con sola anatossina, unicamente quegli animali, nei quali la iniezione di anatossina aveva preceduto 24 ore quella di siero.*

I risultati dell'esperimento sono in perfetto accordo col presupposto teorico.

L'associazione quindi siero-anatossina a scopo vaccinante è possibile in tema di difterite ad una condizione: che l'anatossina preceda il siero di almeno 24 ore; con questo semplice espediente, che ritarda appena di un giorno l'applicazione della profilassi passiva, si stabilisce una protezione per cui l'animale da esperimento, saggiato con centinaia di dosi letali di germi, non presenta segni di malattia nè se inoculato il primo giorno dopo il siero, o il decimo, o il ventesimo, o il trentesimo dopo l'anatossina.

Per il *tetano* l'A. ha ugualmente dimostrato: 1) che la contemporanea iniezione di anatossina e siero antitetanico non ha azione vaccinante; 2) iniettando prima siero e poi antitossina, il siero annulla l'azione vaccinante della anatossina; 3) iniettando prima anatossina e poi siero, questo annulla l'azione vaccinante anche se inoculato dopo 7 giorni; 4) l'anatossina vaccina invece se il siero è inoculato a distanza di 8-10 giorni.

Da ulteriori ricerche svolte per spiegare questo ultimo fenomeno Pontano conclude che per il tetano il siero annulla la azione vaccinante dell'anatossina sia che si inietti prima, contemporaneamente o dopo di questa. Solo se si inietta dopo 10 giorni quando la azione vaccinante dell'anatossina si è già totalmente esplicata allora il siero non la ostacola più.

In conclusione si può dire: che mentre l'associazione siero-anatossina nella difterite può avvenire, purchè l'anatossina preceda il siero, tale associazione non sembra potere essere utilizzata in tema di tetano. In questa malattia, a scopo profilattico in genere, conviene l'anatossina a forti dosi, anche con vaccinazione unica; a scopo profilattico sul ferito, conviene la sieroprofilassi sola, non associata, cioè, con la anatossina. L. TONELLI.

Il punto doloroso costo-lombare del Cova nella pielite gravidica.

(S. ZOCCHI. *La Ginecologia*, aprile 1935).

La entità clinica della pielite gravidica è ben nota e tutti sono completamente d'accordo intorno ai due principali sintomi sui quali si basa la diagnosi: febbre e reperto urinario caratteristico. Non così è per l'altro sintomo, il dolore, sulla sede del quale i varî AA. sono di diverso parere. Il dolore costituisce un elemento dei più importanti per la diagnosi, ma rappresenta anche la maggior causa di errori, perciò l'A. ha ritenuto opportuno prendere in esame la questione esclusivamente sotto tale punto di vista onde mettere in evidenza come la sua precisa conoscenza possa sorprendere la malattia nei suoi primi stadi. Passa da prima in rassegna i varî punti dolorosi caratteristici di questa malattia, soffermandosi particolarmente su quello di Cova che corrisponde all'angolo formato dal margine esterno del muscolo quadrato dei lombi con l'ultima costa: tale punto è limitatissimo, non più esteso dell'apice del dito e mentre è presente senza eccezione nel periodo più acuto della malattia, scompare appena si dileguano i sintomi più appariscenti.

L'A., che è allievo del Cova, ha esaminati 21 casi di pielite riguardanti gravide nel quinto, sesto, settimo, ottavo, nono mese ed a termine, puerpere di parti spontanei ed artificiali, ed un caso ginecologico. Dal riassunto dei dati raccolti con l'esame metodico di ogni donna, egli deduce che fra i varî punti dolorosi descritti, solo quello del Cova si presenta con frequenza ed evidenza quasi costante (lo ha trovato mancante in un sol caso). Invece il dolore nel punto di Mac Burney si manifestò solo nove volte, quello costo-lombare del Bazy sei volte, quello nella regione renale nove volte. Per trovare una spiegazione alla maggiore frequenza con la quale è possibile constatare il dolore alla pressione nel punto costo-lombare, l'A. richiama alcuni dati sulla anatomia della regione renale dai quali risulta che la pressione nel punto costo-lombare di Cova, poichè passa lungo il margine esterno del muscolo quadrato dei lombi, trova ivi un minor spessore della parete e nessun muscolo di un certo spessore, tranne la estremità affusolata del muscolo gran dorsale. Anatomicamente, in condizioni normali, al punto del Cova non corrisponde la sede del bacinetto, ma il centro di figura della metà inferiore del rene; però data la dilatazione del bacinetto e dei calici che si verifica nella pielite e che è stata controllata con la pielografia endovenosa e dato anche che della porzione intrarenale del bacinetto solo un piccolo tratto deborda sotto la dodicesima costa, ed è il solo accessibile, non si può fare a meno di attribuire al punto costo-lombare del Cova la importanza che giustamente gli compete. Purtroppo la maggioranza degli AA. mostrano di ignorare che al Cova spetta il diritto di unire il suo nome al punto doloroso costo-lombare, sede caratteristica del dolore nella pielite.

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

PENSA e FAVARO. *Trattato di Anatomia Sistematica*. Unione Tip. Ed. Torinese, 1935. (2 volumi). Prezzo L. 220.

Ai trattati italiani già noti di Anatomia Umana Sistematica si aggiunge in questo anno una nuova opera redatta dai proff. Pensa e Favaro.

Il trattato in due volumi, di complessive pagine 1274, con 825 figure, la più parte a colori, e di cui moltissime sono originali, comprende tutta la vasta materia in giusti limiti, pur non trascurando nessuno dei vari apparecchi. Chè anzi a parte è descritto l'apparecchio tegumentale, che, per consuetudine e non esattamente, è compreso nell'apparecchio dei sensi. Ancora a parte è descritto l'apparecchio ematopoietico.

Le giuste proporzioni della trattazione dei vari capitoli sono uno dei pregi dell'opera. Ma i pregi sono molteplici e si rivelano subito allo studioso che legga con attenzione tutta l'opera. Non sfuggirà allora come anche le moderne concezioni, sia pure in limiti ristretti, sono esposte con lucida chiarezza. E così, per esempio, la distinzione dell'apparecchio del simpatico nei due sistemi orto- e parasimpatico, i prospetti e gli schemi originali delle varie vie nervose centrali, ed altre parti ancora. Sempre la chiarezza non è disgiunta dal rigore anatomico. E di questo fa fede, già prima della lettura del trattato, il nome degli autori.

È un'opera che onora la Patria nostra e che libera i nostri giovani dal servaggio dello stu-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

dio dei trattati stranieri, voluminosi e talora anche non completi. Il nuovo trattato può giovare anche a color che sanno.

È facile prevedere che un sicuro successo arriderà al lavoro degli insigni Maestri italiani di Anatomia. Sc.

T. LANZ e W. WACHSMUTH. *Praktische Anatomie-Arm.* Vol. di 276 pagg. in grande formato, con 208 fig. in nero ed a colori. Springer, Berlin, 1935.

Lanz, anatomico a Monaco, e Wachsmuth, chirurgo a Bonn, hanno, con un geniale lavoro in comune, dimostrato come non esista conflitto tra teoria e pratica. Allievi rispettivamente di Ruckert, anatomico che pensava clinicamente, e di Enderlen, anatomo-clinico, hanno osservato il corpo umano « con gli occhi del medico » e hanno dato alle stampe un'opera che si legge piacevolmente e può essere consultata con gran profitto da quanti — e sono molti! — sentono spesso il bisogno di ritornare all'Anatomia.

I classici trattati di Anatomia Umana, anche i migliori, per le necessità didattiche, non si allontanano dal rigore dell'esposizione anatomica. Per quelli che già sanno sarà di gran vantaggio trovare accanto alle nozioni di pura anatomia i particolari che si riferiscono alla pratica.

Precede una parte generale che prende in esame lo sviluppo, le forme esterne, le misure dell'arto superiore in rapporto alle varie età e anche in rapporto agli infortuni. I varî sistemi dell'arto superiore, motore, vascolare, nervoso, sono trattati nelle giuste proporzioni e sempre contemporaneamente le nozioni pratiche sono citate. Per esempio, a proposito delle arterie, è citata la varia frequenza delle embolie arteriose; per ogni nervo è indicato il punto di stimolazione.

Segue uno studio a fondo delle varie regioni topografiche dell'arto superiore. In modo particolare sono descritti ed illustrati con figure originali i movimenti delle articolazioni ed è ampiamente sviluppato tutto quanto riguarda la meccanica dell'arto. Sono indicate le varie vie di accesso alle singole articolazioni e di legatura delle arterie. Anche i casi di lussazioni e di fratture sono presi in considerazione.

Una ricca illustrazione a colori, originale ed ottimamente riuscita, accresce i pregi del libro.

La felice collaborazione di un anatomico e di un chirurgo ha prodotto un'opera che sarà di sicura utilità allo studioso e al pratico.

Sc.

M. AUDIER. *Le Diagnostic des Phlébites des membres.* Un vol. in-8° di 178 pag. G. Doin et C.ie. Paris, 1935.

Vasto e non facile argomento questo delle flebiti degli arti, che interessa medici, chirurghi ed ostetrici, ed è da considerarsi alla stregua delle recenti nozioni di fisiopatologia, che hanno interamente modificato i nostri concetti sulla patologia vascolare.

Nell'introduzione, l'A. espone alcune considerazioni di fisiopatologia, rilevando che lo spasmo domina la patologia delle flebiti, come quella delle arteriti. Tratta, in seguito, la semeiologia, le complicazioni, le forme cliniche, la diagnosi precoce, quella differenziale e quella eziologica. Una vasta bibliografia completa l'interessante studio. *fil.*

F. PARODI. *Repos physiologique du poumon par l'hypotension dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.* Vol. di 232 pagg., con 59 fig. Prefaz. di E. SERGENT. Masson et C.ie édit. Paris, 1935.

Già in precedenza Parodi ha pubblicato un trattato di « meccanica polmonare » nel quale esponeva teorie personali ardite, opponenti, alle antiche e finora accettate, il nuovo concetto del « peso del polmone » come elemento preponderante nell'equilibrio statico e dinamico della funzione respiratoria. Di questo libro noi stessi avemmo occasione di scrivere su queste colonne. Il nuovo lavoro di Parodi che, con lusinghiera prefazione del Sergent vede ora la luce, completa e rischiara il precedente in quanto contiene la documentazione clinica e sperimentale della teoria sostenuta: importanti capitoli sono dedicati pertanto all'idea ed all'applicazione dell'ipotensione polmonare, al pneumotorace elettivo, omolaterale e controlaterale, alla tecnica circa la loro realizzazione, agli effetti terapeutici; un capitolo è dedicato alla frenicoexeresi, sia dal punto di vista del meccanismo d'azione che dei suoi effetti. Interessanti dati vengono ricordati nei riguardi della depressione e della temperatura endopleurica utili per la diagnosi della presenza e dell'estensione di lesioni polmonari. Chiude la trattazione un « quadro di orientamento » per la diagnosi della malattia polmonare basato su questi due fattori.

Non v'ha dubbio che un tale apporto di fatti clinici varrà a meglio consolidare le idee fisiche dell'A., ed a più penetrare nella convinzione dei medici la nuova teoria sulla quale il Parodi fa riposare la terapia polmonare.

MONTELEONE.

Acta medica italica. Anno I, fasc. III. Un vol. in-8°, di 200 pagg., con molte figure. Uff. Stampa med. italiana, Milano, 1935. Prezzo L. 10.

Il prof. P. Piccinini, con l'animo sempre vòlto a mettere in luce l'attività ed il valore dei medici italiani, dedica questo fascicolo degli « Acta » da lui diretti e fondati alla medicina sociale, dimostrando « quantum Itali celeriter profecerint in hac disciplina », come egli stesso scrive nella prefazione latina al fascicolo.

Dopo un ricordo al prof. Gabbi che aveva fondato l'Archivio fascista di medicina politica e l'accenno alla costituzione di una Sezione tecnica di medicina sociale nel Sindacato N. F. medici, troviamo nel libro, lavori di C. Foà e F. Travagli sulle generalità della medicina sociale ed una serie di varie memorie sulla difesa sociale dell'infanzia, la difesa sociale nella medicina assicurativa e quella contro la tubercolosi, la malaria, le malattie del lavoro e quelle sociali in genere, ecc. Un complesso di lavori che dimostra quanto in Italia si viene facendo in questo importante campo dell'attività medico-sociale. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 28 giugno 1935.

Presidente: Prof. T. TERNI.

Osservazioni sulla paraplegia spasmodica famigliare tipo Strümpell-Lorrain.

Dott. R. BOZZI. — L'O. dopo aver passato in rassegna i dati etiopatogenetici, clinici e istopatologici relativi alla paraplegia spasmodica famigliare di Strümpell-Lorrain, riferisce su tre casi di questa forma, i quali per alcuni sintomi si accostavano alla sindrome di Friedreich e per alcuni altri invece si avvicinavano alla eredo-atassia di Pierre Marie. Ricordato come attualmente si tenda a stabilire un intimo legame tra le tre forme morbose, l'O. pensa che i suoi casi possano essere classificati come una varietà atipica della paraplegia spasmodica famigliare, associandosi così all'opinione di quegli Autori che pongono questa infermità nel gruppo delle malattie pseudosistematiche dell'asse cerebro-spinale, invece che tra quelle sistematiche del sistema piramidale.

Dott. E. SILVESTRONI. — *Ricerche istologiche e citometriche sulle ghiandole endocrine di ratto albino surrenalectomizzato bilateralmente. I. - Pancreas (isole di Langerhans).*

Rilievo istobatteriologico in casi di meningite tubercolare umana.

Prof. G. ZANETTI. — L'O., dati i rilievi fatti sulla morfologia delle lesioni meningitiche tubercolari, si è accinto a studiare il complicato problema dei rapporti tra tasso batterico e natura delle alterazioni. Conclude, sulla norma di 14 casi finora esaminati: 1) che il tasso batterico può essere variabile nei diversi casi; 2) che per la morfologia dei bacilli vi possono essere delle oscillazioni; 3) che infine la zona di necrosi a focolaio, cioè i tubercoli microscopici, sono sempre provvisti di un ricco infarcimento di bacilli di Koch, mentre che nella essudazione plasmatica, il tasso batterico di solito è assai più scarso.

Per una schematizzazione anatomo-patologica dei diversi tipi di meningiti tubercolari umane.

Prof. G. ZANETTI. — L'O. avendo studiato cento casi di meningite tubercolare spontanea umana, ritiene possibile che tale forma morbosa possa essere suddivisa in tipi diversi nei riguardi della localizzazione del processo. Una tale schematizzazione può servire a meglio chiarire i rapporti anatomo-clinici di questa affezione meningitica così polimorfa.

Ricerche sperimentali sull'attività biliare del fegato.

Dott. F. POVOLERI. — L'O., dopo aver messo in evidenza come lo studio della funzionalità epatica biliare, sia orientato verso il rilievo dei dati morfologici per poter da questi ricavare dei dati a conforto della teoria biligenica, si occupa dei metodi di Fersgren e di Holmer, ricercando con questi il comportamento dei capillari biliari. Studiando sul fegato di conigli, sacrificati in fase biligenica, conclude che col metodo di Holmer si mettono in evidenza chiaramente le figure capillari dei biliari, mentre non si osservano terminazioni intracellulari di questi. Col metodo di Forsgren, l'O. è riuscito a mettere in evidenza quella granulia interna dei capillari biliari, descritta dal Forsgren stesso, che avrebbe dato modo di riconoscere le canalizzazioni biliari intercellulari, mentre d'altra parte non può non ammettere l'importanza del metodo per quanto riguarda la messa in evidenza della funzionalità biligenica attraverso la granulia protoplasmatica.

Caso di endoarterite obliterante in soggetto affetto da lesione di un nervo sciatico.

Dott. G. SOTGIU. — In un uomo di 37 anni, sofferente da tempo per lesioni artritiche della colonna lombare e sacrale, che hanno portato a sciatica secondaria, prima a sinistra più recentemente e in più grave forma a destra, si sono stabilite a livello degli arti inferiori profonde alterazioni circolatorie, interessanti tutte le sezioni vasali (arteriosa, capillare e venosa), lesioni più cospicue a destra, dove hanno condotto a formazione di zone di necrosi sulle dita del piede, con una sintomatologia corrispondente al tipo dell'endoarterite obliterante giovanile. Le cure mediche hanno avuto ragione quasi completamente così dei disturbi vascolari come dei nervosi. Considerazioni patogenetiche vengono svolte ricordando i punti di contatto tra il caso riferito e diversi quadri conosciuti della patologia umana in cui le lesioni nervose e la vascolare s'intrecciano. L'associazione tra i due ordini di fenomeni nel caso in parola evidenzia in modo non comune i rapporti che tra essi intercorrono e permette di chiarire alcuni momenti patogenetici delle sindromi tipo Bürger e Winiwarter.

A proposito di un caso di encefalite meningococcica.

Dott. C. AMBROSETTO. — L'O. illustra un caso di affezione encefalitica dove all'esame culturale del liquor si ebbe sviluppo del meningococco di Weichselbaum. La forma morbosa volse a guarigione completa e merita di essere segnalata per la sua rarità.

Ulteriori osservazioni sulla terapia endorachidea della neurosifilide.

Dott. C. AMBROSETTO. — L'O., che ha già trattato negli ultimi due anni con preparati bismutici in sospensione oleosa per via endolombare circa una ventina di individui affetti da forme

luetiche del sistema nervoso, giunge a risultati clinici ed umorali incoraggianti, i quali, mentre confermano le precedenti osservazioni di vari studiosi ed in modo particolare del Riquier che ha proposto il trattamento endolombare con preparati bismutici in sospensione oleosa e ne ha dettate le modalità di esecuzione, inducono a continuare nell'applicazione di questo nuovo metodo terapeutico.

Il Segretario: Dott. GIOVANNI AUSTONI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta del 14 giugno 1935.

Presidenza: Prof. G. MORIANI.

La invaginazione intestinale acuta nella prima infanzia.

Dott. A. QUIRI. — L'O. riferisce di trenta casi di invaginazione acuta (in un solo caso trattasi di forma cronica) nei lattanti e nella prima infanzia osservati dal 1921 in poi nella Clinica Chirurgica di Bologna; ne descrive le varie forme anatomiche e la sintomatologia classica che spesso è molto facile, bastando che il medico tenga in mente i due sintomi principali sui quali richiamano l'attenzione tutti gli AA.: segni di occlusione + emissione di sangue per l'ano = ad invaginazione. Dalla esatta interpretazione di questi sintomi iniziali dipende la precocità della diagnosi e della cura, che solo a queste condizioni dà dei buoni risultati. Negli operati nelle primissime ore la mortalità è scarsissima, dopo le venti ore la prognosi diventa molto più grave, dopo le trenta gravissima. Tutti gli AA. sono concordi in queste affermazioni e l'O. lo ha visto anche nei suoi casi, nei quali si è avuta una mortalità del cinquanta per cento. Nelle forme iniziali l'operazione con la cosidetta manovra di espressione riesce facile, nelle forme tardive alle volte lo svaginamento non riesce e se si deve praticare la resezione specie nei lattanti, di certo il bambino è perduto. Molta importanza ha dal lato diagnostico e terapeutico l'esame radiologico fatto con il clisma baritato, col quale sempre si ha conferma diagnostica e spesso si riesce con lo stesso clisma ad avere la riduzione dell'invaginazione; così è riuscito in un nostro caso.

L'O. richiama l'attenzione dei medici pratici sulla gravità di questa forma morbosa e sulla necessità della diagnosi precoce che sola permette la cura e la salvezza in una buona percentuale dei casi, altrimenti destinati inesorabilmente alla morte.

Discussione: MORIANI.

Ascesso della milza da endoarterite ulcerosa (con sindrome di colica renale sinistra).

Dott. L. SAVOIA. — L'O. trattando di un caso di ascesso splenico simulante, per l'irradiazione dolorifica testicolare, una colica renale sinistra, si sofferma sulla difficoltà diagnostica dell'ascesso della milza e sulle varie sindromi dolorifiche da infarto e da ascesso splenico, mettendo in particolare rilievo la irradiazione testicolare sin.

Discussione: MORIANI.

Il valore pratico della reazione di Max Aron per la diagnosi del cancro.

Dott. E. BERNABEO. — L'O. dopo aver illustrato le ricerche di Aron e le obbiezioni fatte a tale reazione da Oberling Guerin e Roussy riferisce le ricerche da lui compiute in base all'ultima modificazione di tecnica consigliata dall'O. e conclude affermando il nessun valore di essa nella diagnosi biologica del cancro.

Seduta del 21 giugno 1935.

Presidenza: Prof. G. MORIANI.

E. BOSCHI. — *Commemorazione del defunto socio prof. Umberto Monari.*

Alcune considerazioni di carattere infortunistico sulle fratture costali.

C. GERIN. — L'O. riferisce i risultati di alcune osservazioni cliniche e radiologiche da lui eseguite su 70 operai che, in seguito ad infortunio sul lavoro, avevano riportato la frattura di una o più coste. In quasi tutti i soggetti, che erano stati indennizzati per dei reliquati consecutivi alle fratture costali con delle percentuali aggirantesi tra il 5 % ed il 18 %, gli esami di controllo, eseguiti a varia distanza di tempo dall'infortunio, furono completamente negativi. Sulla scorta di questi risultati, l'O. passa a discutere alcune questioni concernenti le piccole permanenti e le false permanenti e si sofferma poi in particolare modo sul « concetto di permanenza ». Critica quindi l'operato di quei periti d'occasione che, trascurando i metodi della semeiotica e della clinica medico-legale, sono portati ad enunciare dei giudizi, nel campo infortunistico, completamente errati e contrari alla logica e alla giurisprudenza in materia. Illustra, infine, e discute qualche punto più importante dello schema di decreto riguardante la riforma delle leggi per l'assicurazione infortuni.

Infantilismo renale.

G. PELÀ. — L'O. riferisce un interessante caso di infantilismo. Si tratta di una ragazza di sedici anni, con spiccatissime note di ipoevolutismo fisico, psichico e sessuale, nella cui anamnesi remota una spiccata polidipsia e poliuria avevano attirato l'attenzione sull'ipofisi; e che è venuta a morte con una sindrome uremica.

Per la non dimostrata alterazione ipofisaria e per il sicuro reperto anatomo-patologico di sclerosi renale, l'O., dopo aver esposto alcuni concetti generali e varie ipotesi patogenetiche, conclude ritenendo che il caso da lui osservato possa essere ascritto fra gli infantilismi renali.

Discussione: MORIANI e PINCHERLE.

Il Segretario: Prof. P. MAINOLDI.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 4 aprile 1935.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

Sull'operazione di scelta nell'ulcera duodenale perforata.

G. LINO. — Dopo sommaria esposizione dei metodi operativi sin'ora più in voga adoperati nelle ulcere duodenali e justa-piloriche perforate e delle critiche a volta a volta rivolte a ciascun metodo, presenta un operato per ulcera duodenale perforata, da lui trattato con la operazione di Judd. Per molteplici ragioni esposte nella comunicazione, si dichiara nettamente favorevole al metodo.

che secondo l'O. dovrebbe diventare il metodo d'elezione in così grave complicanza dell'ulcera duodenale e justapilorica.

G. LINO. — *Sull'operazione di scelta nell'ulcera duodenale perforata.*

Organi genitali e colecistite.

G. LINO. — Espone i risultati morfologici di nuove esperienze tendenti a indagare il rapporto fra organi genitali quali ghiandole a secrezione interna e colecisti, rapporto messo sperimentalmente in netta evidenza in un suo precedente lavoro (1933).

Con ampia documentazione microfotografica, dimostra i risultati positivi ottenuti nei nuovi esperimenti, che oltre a confermare i precedenti, condotti su animali di sesso maschile, dimostrano che anche la soppressione delle ovaie, per un meccanismo ancora da indagare, produce una evidente modificazione della parete colecistica consistente principalmente in una spiccata iperplasia papillare della mucosa.

Sulle risposte del circolo arterioso generale all'aumento della pressione endocranica.

R. MARTINETTI. — L'O., dopo aver riportati i dati sperimentali di ricerche personali e d'altri Autori sulle risposte del circolo arterioso all'aumento della pressione endocranica, analizza l'importanza che i dati sperimentali possono assumere per la patologia umana, particolarmente nel campo della traumatologia cranica ed in quello dell'ipertensione arteriosa considerata quale malattia autonoma.

Gangrena multipla tipo Raynaud in decorso di malattia infettiva acuta.

E. GREPPI e S. DELEONARDI. — Viene descritto un caso di sindrome di Raynaud tipica acuta con sequele necrotiche interessanti le orecchie, il naso, e sopratutto le dita delle mani, manifestatasi bruscamente nel pieno decorso di una bronco-polmonite influenzale, in un uomo adulto già affetto da bronchite asmatica. L'osservazione offre stretta analogia con altri rarissimi esempi offerti dalla letteratura, fra le varie complicazioni dell'influenza e delle malattie bronco-polmonari acute.

Come fattore predisponente, nel caso attuale merita attenzione il largo progresso uso di preparati angiospastici a scopo antiasmatico, cui corrispondeva nel paziente un netto grado di ipereccitabilità vasocostrittiva rilevata dalla prova dell'adrenalina.

Arterite brucellare acuta.

Prof. L. PONTONI. — L'O. descrive un caso di arterite brucellare acuta, dandone molti particolari clinici, e mette in rilievo quei fatti che potrebbero appoggiare un'interpretazione allergica (ipoergia generale eventualmente associata a iperrecettività locale) istioanaplastica dell'arterite brucellare. *Il Segretario*: Prof. G. DI MACCO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 18 giugno 1935.

Presidente: Prof. A. PENSA.

Sulla lipoidosi della cistifellea.

Dott. G. ZAMPA. — Dopo avere illustrato due casi di lipoidosi pura della vescichetta biliare e cinque di lipoidosi associata a calcolosi osservati, su 34 casi di colecistite calcolosa, l'O. fa notare che per l'insorgenza della malattia non basta un fattore causale unico, ma è necessario il concorso di più fattori. Tra questi egli insiste particolarmente sull'alterazione del ricambio colesterinico, sulla stasi biliare, sulla disfunzione delle cellule istiocitarie e sul rallentamento della corrente linfatica. Spiega la frequente associazione con la calcolosi ammettendo la concomitanza di fattori genetici.

I reperti di nitratazione delle pareti dell'alveolo polmonare.

Dott. F. LORETI. — L'O. descrive i varii reperti ottenuti applicando il metodo della riduzione di una soluzione di nitrato d'Ag. sulle superfici delle pareti alveolari nel polmone di alcuni mammiferi. Le immagini ottenute con tale tecnicismo sono diverse a seconda dello stato funzionale (distensione o retrazione) di detta parete. La maggior parte delle linee disegnate dalla riduzione argentica sono, secondo l'O., riconducibili ai margini dei capillari alveolari, le cui pareti, rivolte verso la cavità dell'alveolo, occupano quelle aree anucleate dei setti alveolari, intese sotto la denominazione di « placche anucleate ». L'O., riconduce perciò le « placche anucleate » alla stessa parete dei capillari, e non ritiene ch'esse rappresentino una particolare individualità strutturale della parete alveolare. Secondo l'O. tali capillari decorrono « nudi » sulla superficie dei setti alveolari, e solo raramente e parzialmente sono rivestiti, in condizioni normali e nell'organo a completo sviluppo, dalle espansioni citoplasmatiche, obbiettivamente dimostrabili, delle piccole cellule nucleate.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 maggio 1935.

Presidente: Sen. Prof. DAVIDE GIORDANO.

L'innesto corto nella cura chirurgica del morbo di Pott.

Dott. MOCCIA. — L'O. da un anno e mezzo circa ha abbandonato nella cura chirurgica del morbo di Pott l'innesto lungo ed ha operato fin'ora 12 ammalati col metodo di Calvé, val quanto dire coll'innesto corto. Ne riferisce pertanto i buoni risultati. L'innesto corto posto cioè al limite del focolaio, bloccherebbe quest'ultimo, si opporrebbe all'inflessione somatica, conserverebbe la flessibilità della colonna vertebrale immediatamente sopra e sottogiacente ai corpi lesi e fornirebbe al punto di lavoro il massimo apporto biologico, cioè il massimo di materia osteogenetica. Esso infine in confronto dell'innesto lungo è un intervento più breve, affatto traumatizzante, e si può dire pressochè inoffensivo.

Discussione: proff. DELITALA, MARCONI, DE FRANCESCO, dott. MOCCIA.

Aspetti caratteristici del liquido cerebro-spinale.

Dott. P. LENTI. — Descrive alcuni aspetti microscopici del liquido cerebrospinale lasciato essicare su un vetrino. Dimostra con proiezioni le figure di cristalloidi che si formano e ne fa rimarcare la differenza rispettivamente nell'individuo sano, e nei pazienti affetti da meningite tubercolare, meningite cerebrospinale, tetano, ecc.

Discussione: proff. FIOCCO, VITALI.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'angina premonitoria delle gonococcie.

J. Calduian e V. Petresco (*Annales de médecine*, apr. 1935) rilevano che le setticemie e le batteriemie gonococciche a determinazione articolari sono talvolta precedute da un angina eritematosa di aspetto banale.

Tale angina non ha il significato di una porta d'entrata dell'infezione gonococcica, ma indica probabilmente un'infezione associata.

L'infezione di origine faringea ha, a quanto sembra, una certa importanza nella patogenesi di alcune setticemie e batteriemie con determinazioni sierose e soprattutto articolari. Gli AA. ritengono che il significato di tale infezione possa concepirsi come segue:

a) un'infezione locale gonococcica può essere riattivata dall'infezione sopraggiunta, che potrebbe far sorgere una batteriemia più o meno passeggera,

b) se l'agente dell'infezione sopraggiunta possiede un certo tropismo articolare (virus della malattia di Bouillaud od altro) potrebbe facilitare la fissazione del gonococco sulle articolazioni e sulle sierose, sia per virus vettore, sia come agente di sensibilizzazione.

fil.

L'ipertensione parossistica.

Gli accessi di ipertensione parossistica possono verificarsi in due condizioni: 1) nei pazienti che hanno già ipertensione cronica, che improvvisamente sale ad un livello molto alto e si possono quindi avere disturbi cerebrali, come monoplegia, afasia, amaurosi, oppure circolatori (insufficienza cardiaca, angina pectoris, edema polmonare); 2) in alcuni tumori dei surreni.

I disturbi cerebrali locali (eclissi cerebrali) che possono accompagnare l'accesso, si ritengono dovuti ad uno spasmo vascolare locale; si discute però se lo spasmo cerebrale sia primario o secondario ad una vaso-costrizione generalizzata; tale modo di vedere sembra il più razionale.

Per quanto riguarda le crisi ipertensive che si hanno nei paragangliomi del midollo dei surreni, la scuola francese ritiene che esse siano dovute ad introduzione di adrenalina in circolo, ma tale modo di vedere esige ancora delle conferme (*British med. journ.*, 23 marzo 1935).

Non ancora ben nota è la parte che può avere il seno carotideo che, indubbiamente, è un fattore importante nel regolare la pressione arteriosa. Altri fattori, che possono entrare nella genesi dell'ipertensione parossistica sono certi tumori che comprimono il vago, le lesioni del ganglio genicolato e la crisi gastriche tabetiche.

fil.

Note terapeutiche di una nuova associazione sedativa.

G. C. Savoy (*Schweizerische Med. Woch.*, n. 17, 1935) ha esperimentato nel trattamento delle affezioni nervose leggere la sanalepsi (acido feniletilbarbiturico e cascara sagrada in sinergia con antispasmodici, datura, scopola e valeriana), che ha fra i suoi vantaggi quello della debole tossicità, dovuta alla eliminazione rapida del medicamento.

L'A. ha esperimentato per circa un anno e mezzo tale prodotto ed ha ottenuto i risultati migliori nel trattamento delle affezioni nervose leggere, specie nei bambini. Forme nervose le più varie, insonnia, eccitazione, forme di epilessia frusta, ecc. si sono giovate in modo evidentissimo del trattamento con il nuovo preparato.

Nella categoria dei malati affetti da psicosi senile semplice o arteriosclerotica, l'agitazione che si manifesta verso la sera e che dura spesso tutta la notte, cede in generale bene alla somministrazione della sanalepsi, a condizione però di raggiungere le dosi di 100 a 150 gocce, cioè 0,2 a 0,3 di acido feniletilbarbiturico, nei malati con forte agitazione; la media dei malati reagisce bene anche a dosi minori (50 a 75 gocce).

Con l'uso di queste dosi l'A. non ha osservato fenomeni secondari apprezzabili.

Secondo l'esperienza dell'A., il rimedio non è invece indicato per il trattamento delle psicosi agitate del tipo catatonico. Buoni risultati si hanno, con l'uso di forti dosi (100 gocce in media) nei diversi casi di schizofrenia in cui il sintomo angoscia è in primo piano.

L'A. conclude affermando l'utilità, principalmente in clientela, di tale rimedio per il trattamento della maggior parte dei disturbi detti nervosi leggeri. Il medicamento è facile a prescrivere, perchè non esige alcuna modificazione nè dell'attività professionale nè della alimentazione e non presenta danni dovuti ad accumulo, grazie alla presenza della cascara sagrada, che assicura una buona evacuazione intestinale.

C. TOSCANO.

Il trattamento del tetano.

R. H. Miller e H. Rogers (*Journ. am. med. Ass.*, 19 genn. 1935) consigliano quanto segue,

Iniezione profilattica di 1500 unità, in caso di ferita profonda o per puntura. La ferita va, se possibile, sbrigliata e tenuta aperta.

A tetano conclamato, si deve curare la nutrizione del paziente e l'ingestione di liquidi.

Per sedare lo spasmo, è utile il tribromoetanol (8-10 cg. per kg. di peso).

Appena fatta la diagnosi, iniezione endovenosa ed endomuscolare di 20-80,000 unità,

per volta, fino ad un totale di 300,000. Inutile la somministrazione endorachidea.

Nei pazienti ipersensibili, provvedere alla desensibilizzazione. Le reazioni di siero si hanno in un terzo circa dei casi: quelle immediate dal 2° al 5° giorno; quelle ritardate dal 10° al 15°. Da quando si è usata l'antitossina la mortalità è scesa dall'80 al 47 %.

fil.

Gli edemi della gravidanza.

Il tema è stato trattato al IX Congresso degli ostetrici e ginecologi di lingua francese, tenutosi ad Algeri nello scorso aprile. Ne diamo un breve riassunto.

Lévy-Solal rileva che l'edema apparente si osserva verso la fine della gravidanza in proporzione variabile da 47 a 94 %; quello latente è costante e dura fino a 4-5 giorni dopo il parto, scomparendo con una crisi di poliuria.

Nella gravidanza, si trovano aggruppati i fattori classici dell'edema: squilibrio minerale, squilibrio protido-lipidico, disturbi vascolari; nessuno di essi, però, è tanto costante da avere un valore assoluto. Si è dunque portati a pensare che vi sia un fattore legato allo stato stesso di gestazione, da considerarsi come la causa prima.

L'edema e tutte le perturbazioni metaboliche che possono accompagnarlo sembrano derivare dall'iperattività funzionale del lobo posteriore dell'ipofisi o del complesso tubero-ipofisario.

Il lobo posteriore dell'ipofisi, grazie al suo potere antidiuretico, ritarda l'eliminazione dell'acqua. Si trova così adescata una ritenzione che può essere duratura alla sola condizione che tale acqua contenga dei cloruri. Se le riserve clorurate sono insufficienti (regime declorurato) l'ipofisi è capace di mobilizzare i cloruri organici. Tale estrazione tissulare ha potuto essere realizzata sperimentalmente; si è osservata in certe sindromi tuberiane e può, infine, realizzare la sindrome di ritenzione clorurata secca.

Gueissaz si occupa dello studio clinico del problema, rilevando come la gravidanza provochi una sete tissulare speciale, uno stato di edema latente o di pre-edema, che può diventare apparente ed importante ed accompagnarsi ad altri sintomi, quali albuminuria ed ipertensione.

L'A. distingue: 1) Un'*idropisia fisiologica*: 1-3 % delle donne incinte non hanno idropisia alla fine della gravidanza; 25 % hanno edema da stasi, 75 % idropisia gravidica.

Questi edemi hanno sede agli arti inferiori, ai genitali esterni, alle mani, alla faccia. Le funzioni renali restano normali, la ritenzione di acqua sembra dovuta a fattori extrarenali. Il cuore è sano, la tensione arteriosa normale, come pure quella del liquor.

Tale idropisia compare il più spesso nella seconda metà della gravidanza e scompare dopo il parto. In caso di morte del feto nell'utero, con ritenzione dell'uovo, l'edema guarisce spontaneamente.

2) Nell'*idropisia patologica*, si distinguono: *a*) gli edemi gravi senza altri sintomi patologici. Sono rari ed interessano soltanto il tessuto cellulare sottocutaneo, non mai i visceri nè le cavità sierose. Si osserva l'assenza della traspirazione; è costante l'ipotiroidismo; le funzioni cardiache e circolatorie sono apparentemente normali; mancano disturbi della funzione renale. Tali edemi compaiono abbastanza precocemente e guariscono spontaneamente dopo il parto, senza essere mai influenzati da misure terapeutiche.

b) Gli edemi accompagnati da altri sintomi patologici si osservano, p. es., nell'albuminuria gravidica; in tal caso, non vi sono sintomi speciali salvo, forse, l'edema vulvare o l'edema palpebrale isolati.

L'edema con ipertensione si osserva nel 29 % dei casi di idropisia e porta nel 30 % dei casi ad eclampsia od eclampsismo. L'edema con albuminuria senza ipertensione si ha nel 1 % e non sembra predisporre all'eclampsia.

L'edema è quasi costante nell'anemia perniciosa. Nelle affezioni cardiache ben compensate non vi sarebbe una speciale tendenza alla produzione di edemi. Si deve però tener presente che è nel dominio del piccolo circolo che possono prodursi gli accidenti gravido-cardiaci, specialmente l'edema acuto polmonare.

La maggior parte delle malate affette da nefrite vedono il loro stato aggravarsi durante la gravidanza; ma gli edemi importanti sono rari, salvo nel caso di nefriti croniche a sindrome cloruremica.

La *terapia* degli edemi della gravidanza sarà tanto più efficace quanto più precoce. Nell'idropisia pura, la guarigione è assicurata con il regime ipoclorurato ed il trattamento tiroideo.

Negli edemi gravi, la dietetica e l'igiene debbono essere molto severe; il trattamento tiroideo sarà intensivo; raramente indicata è l'interruzione.

Nell'idropisia patologica, i risultati terapeutici sono meno sicuri; l'ipertensione è un fattore di cattiva prognosi. Oltre i trattamenti indicati, si ricorrerà al salasso, alla puntura lombare ed eventualmente la decapsulazione del rene e l'interruzione della gravidanza.

fil.

Emmenagoghi.

H. Kahr (*Konservative Therapie der Frauenkrankheiten*) consiglia:

1) Permanganato di potassio *grammi dieci*.
Rad. di rabarbaro polv. q. b per pillole n. cento.

S. 4 volte al giorno, 1 pillola.

2) Indaco g. 60.
Magistero bismuto g. 50.

S. 3 volte al giorno un cucchiaino da tè in acqua.

Intolleranza cutanea al gomenol.

Il gomenol è usato spesso per istillazioni nasali. In un caso in cui esso era stato prescritto a tale scopo (soluzione al 5 % in olio) Sézary e Horowitz (*Soc. derm. et syph.* e *Presse méd.*, 20 apr. 1935) hanno osservato lo sviluppo di una dermite al viso. L'applicazione dello stesso olio gomenolato sull'avambraccio della stessa malata provocò una viva reazione eczematosa.

L'intolleranza sembra dovuta non soltanto all'eucaliptol contenuto nel gomenolo, ma anche al terpineol ed al terebentene che pure vi sono contenuti. *fil.*

SEMEIOTICA

Sintomi di anemia dei bambini.

I bambini resistono molto a gradi anche gravi di anemia, specialmente se questa si è stabilita lentamente. Raramente si osservano sintomi riferibili all'anemia, a meno che l'emoglobina cada sotto il 40 %. Lo stato di nutrizione del bambino, spesso è eccellente ed il pallore della pelle e delle mucose è spesso ingannevole. Il pallore notevole della pelle dipende dallo stato del letto capillare cutaneo e non è affatto raro in individui che non sono anemici. D'altra parte, il bambino anemico, specialmente dopo un accesso di pianto può non apparire pallido. L. G. Parsons e W. Carry Smallwood (*Practitioner*, marzo 1935) attribuiscono grande valore al colore dei singoli vasi congiuntivali, non però al colore, in complesso, della congiuntiva stessa.

Il colore della pelle varia secondo i tipi di anemia; in quella da nutrizione, si ha un tipico colore di biancheria, mentre quello con anemia emolitica ha una pigmentazione color caffè-latte e se l'emolisi è grave, la pelle e la congiuntiva possono essere itteriche. Nella leucemia, specialmente nelle ultime fasi, si ha un curioso colore cereo sporco.

Nei casi più gravi, si hanno rumori sistolici dolci, talora associati a tachicardia. L'associazione di rumori cardiaci, tachicardia, pallore e lieve piressia, talvolta presente nelle malattie del sangue, formano una sindrome clinica che, nei bambini più grandicelli è del tutto simile a quella del reumatismo ed è quindi necessario un accurato studio del sangue per arrivare alla buona diagnosi.

I bambini anemici sono spesso irritabili ed inquieti. Se l'anemia si sviluppa rapidamente ed è grave, si può avere *fame d'aria* e talora deficienza cardiaca congestizia, con edema delle gambe. Un caso degli AA. era stato portato all'ospedale per un dolore acuto all'addome destro, che era stato dapprima considerato come di origine appendicolare, ma ben presto, il dolore si dimostrò derivante da un rapido ingrossamento del fegato; 24 ore dopo una trasfusione sanguigna, il volume del fegato si era ridotto alla norma ed il dolore era scomparso.

I ragazzi grandicelli sono affetti da anemia più spesso che i bambini; essi si stancano presto; sono bizzosi, irritabili e spesso dormono male. Le eruzioni cutanee di porpora e le emorragie nelle mucose e nel sottocutaneo si hanno spesso in certe forme di anemia, specialmente in quelle associate con la diminuzione del numero delle piastrine circolanti. *fil.*

VARIA

" Cuore atletico ,, espressione poco felice.

H. L. Smith (*Proceedings of the Staff. Meet. of the Mayo Clinic*, 20 febbraio 1935) fa notare che entrata un'espressione nella letteratura è difficile liberarsene anche se ci si accorge che essa nulla significa. Si è usata dapprincipio l'espressione « cuore atletico » perchè la prima cosa che richiamò l'attenzione dei medici che studiarono gli atleti furono i fenomeni da strapazzo.

Gli animali allo stato selvatico hanno cuore proporzionatamente più grande di quelli addomesticati.

Un recente studio sugli effetti dell'esercizio continuato sull'ipertrofia cardiaca fatto da Tung, Hsich, Bien e Dienaide ha dimostrato che nel 55 % dei soggetti studiati il cuore non era ipertrofizzato, mentre nel 45 % era un po' ingrandito; gli autori stessi pensano che questo ingrandimento sia fisiologico e non predisponga a malattie.

Uno studio accurato del cuore dei corridori che partecipano alla maratona americana di Boston ha dimostrato che tutti i corridori avevano subito dopo la corsa un cuore più piccolo di quanto era prima della corsa, mentre nel giorno successivo il cuore tornava alle dimensioni normali.

Lo Smith insiste sull'opinione che l'esercizio fisico strenuo e il pesante lavoro manuale non provocano nè predispongono a malattie di cuore. Il muscolo cardiaco si comporta come gli altri muscoli e non esiste un cuore atletico con caratteri propri ed è bene che si tolga dalla mente di molti giovani l'idea che l'aver praticato esercizi violenti possa predisporli a malattie di cuore quando il cuore non è in precedenza tarato. R. Lusena.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. Della Cioppa. *La cultura indispensabile del medico-chirurgo pratico e la riforma degli studi di medicina e chirurgia.* — S.I.E.M., Napoli, 1935.

E. Meynier. *Tumore retrotracheale soffocativo in lattante di tre mesi.* — Tip. Riunite Donati, Parma, 1934.

R. Simonetti Cuizza. *Ittero emolitico costituzionale.* — Tip. Bellino, Torino, 1934.

S. De Renzi. *La pericardite tubercolare.* — L. Cappelli, Bologna, 1934.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

VII. - Il potere di scelta nei concorsi singoli comunali, dopo il T. U. 1934.

Sopravvenuto l'ordinamento dei concorsi provinciali, per effetto del T. U. 1934, n. 1265, ed essendo in corso procedimenti già iniziati secondo le norme del T. U. 1907, n. 636, si discusse dell'applicabilità di alcune delle nuove disposizioni: approvazione della graduatoria, con atto del Prefetto; potere di scelta. Parve che le norme sopravvenute, essendo di diritto pubblico e avendo perciò immediata applicazione, dominassero anche i rapporti già iniziati ma non esauriti.

Si presentò in altri termini un problema di efficacia della legge nel tempo: retroattività delle disposizioni sopravvenute? Ultrattività delle norme del precedente T. U.? Ma non c'era una questione di efficacia della legge nel tempo. Il nuovo testo unico ha stabilito un ordinamento organico e completo, assolutamente diverso da quello precedente ed ha regolato i concorsi che *saranno* indetti, precisamente quelli previsti dal T. U. 1934, per i posti che si renderanno disponibili e saranno oggetto del nuovo procedimento. Questo concetto, che già risulta dalla legge, è chiarito anche dagli artt. 34, 35 e 83 del regolamento 15 marzo 1935, n. 281. Coesistono, quindi, due ordinamenti, ciascuno dei quali ha un campo di applicazione proprio e oggetto diverso e distinto. Permane la efficacia delle norme del T. U. 1907 per i concorsi singoli comunali, anche se indetti dopo la pubblicazione del testo unico 1934; ha efficacia il nuovo ordinamento, ma limitatamente ai concorsi *ai quali esso si riferisce.* Non si può trapiantare una disposizione dall'uno all'altro ordinamento.

Il Consiglio di Stato ha risoluto la questione nel senso da noi indicato. La decisione 31 maggio 1935, n. 555 dichiara applicabili le disposizioni del T. U. 1907, comprese quelle concernenti il potere di scelta. Ha osservato la Vª Sezione che « le disposizioni del nuovo T. U. hanno modificato non solo il sistema di nomina dei medici condotti, sostituendo alla libera scelta fra gli idonei, la nomina vincolativa secondo l'ordine della graduatoria, ma anche il procedimento del concorso, sostituendo al concorso per Comuni quello per Provincie e queste nuove norme formano un tutto organico, onde devono essere applicate integralmente e non in parte; questa risulta essere stata anche l'intenzione del legislatore, il quale si è riservato di pubblicare un regolamento speciale di esecuzione per completare le nuove norme legislative relative ai concorsi dei medici condotti, regolamento approvato col R. D. 11 marzo 1935, n. 281; l'art. 83 di questo regolamento fa riserva di bandire nuovi concorsi dopo l'entrata in vigore dello stesso regolamento ».

Risposte a quesiti per questioni di massima.

17° *Dott. Luigi Mac. da R.* (abbonato N. 10041). — Trattandosi di un ambulatorio che non è organizzato come accessorio della condotta ma è entità per sè stante, tanto che alla nomina del titolare si è provveduto mediante speciale concorso, è da ritenere che il relativo stipendio debba essere considerato a parte e, quindi, sia soggetto alla riduzione se ed in quanto raggiunga il minimo previsto dalla legge che dispone la riduzione.

18° *Dott. Enrico Pers. da F.* (abbonato N. 1489). — Sono a carico dell'amm.ne comunale le spese che spetterebbero all'appaltatore per i certificati di infortuni.

19° *Dott. V. A. de Sim. da S. P. V.* (abbonato N. 7173). — Avendo accettato la nomina il concorrente primo graduato, il concorso si deve considerare esaurito e, quindi, a rigore, il Podestà non può nominare il secondo graduato.

20° *Dott. Italo Mar. da O.* (abbonato N. 6986). — Il medico condotto è obbligato a prestare la sua assistenza soltanto ai poveri che sono regolarmente iscritti nell'elenco. Possono essere fatte aggiunte nel corso dell'anno, ma con regolare deliberazione. Non è ammissibile che il Podestà dia tessere speciali.

21° *Dott. Franc. Cot. da G.* (abbonato N. 10040). — Anche gli stipendi minimi sono soggetti alla riduzione del 12 % stabilita nel 1930. Il Ministero dell'Interno non ha dato istruzioni con circolari, nel senso della irriducibilità. Dopo qualche incertezza la direttiva dominante è quella della applicabilità della riduzione.

22° *Dott. Franc. Sant. da N.* (abbonato N. 7014). — È da ritenere fondatamente che anche gli stipendi minimi siano soggetti alla riduzione del 12 % stabilita nel 1930.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Assunzioni di medici civili per le colonie.

Sono in corso da parte del Ministero delle Colonie assunzioni in servizio di medici civili da destinarsi alle Colonie. L'assunzione a contratto dei medici da destinarsi in Colonia viene fatta dal Ministero in seguito alle richieste di personale sanitario da parte dei Governi coloniali. Pur non trattandosi di un concorso, le domande dei candidati sono sottoposte al giudizio di un'apposita Commissione, nominata con decreto ministeriale, la quale, previo esame dei titoli professionali prodotti dagli interessati, sceglie i sanitari che devono essere chiamati a sostenere l'esperimento pratico. Detto esperimento consta di una prova pratica di chirurgia e medicina generale (e cioè l'esame di un malato con deduzioni diagnostiche e terapeutiche) e di una prova orale sul pronto soccorso chirurgico, medico e ostetrico. L'esperimento è sostenuto presso il Policlinico Umberto I di Roma e nessuna retribuzione compete al candidato per le spese di viaggio e di permanenza a Roma. I sanitari ritenuti idonei vengono assunti in servizio a contratto-tipo nei limiti delle necessità dell'Amministrazione ed in seguito a richiesta dei Governi delle Colonie. Comunque è fatto presente che lo aver conseguita l'idoneità nelle prove suaccennate non costituisce per il candidato un diritto ad ottenere la assunzione alla quale il Ministero delle Colonie procede a suo insindacabile giudizio. Per poter aspirare all'assunzione a contratto-tipo in qualità di medico coloniale occorre non aver superato l'età di 35 anni. Questo limite è però aumentabile: di quattro anni per coloro che risultino iscritti al P.N.F. ininterrottamente da data anteriore al 28 ottobre 1922; di anni cinque per gli ex-combattenti; di altri quattro anni per i decorati al valore militare, per gli invalidi di guerra e per i feriti per la Causa fascista. Detti benefici di maggiorazione sono cumulabili. L'assunzione a medico coloniale viene fatta al grado 10° della prima categoria, con i seguenti assegni mensili: per la Libia circa L. 1600; per l'Eritrea circa L. 2000; per la Somalia circa L. 2500. In caso di assunzione il Ministero si riserva la facoltà di destinare i medici coloniali in qualsiasi Colonia a seconda delle esigenze di servizio.

Per i colleghi destinati in Africa Orientale.

Il Sindacato Nazionale Medici, per testimoniare un'effettiva solidarietà ai medici che partono per l'Africa Orientale, ha esaminato e accolto alcune proposte di non grande importanza, se considerate nel loro valore economico, ma significative se considerate nel loro valore morale.

Tra l'altro, con l'approvazione della Confederazione Fascista Professionisti e Artisti, è stato deciso che, allo scopo di non fare perdere ai partenti l'anzianità di iscrizione, siano ad essi rimesse gratuitamente le tessere sindacali.

Pure allo studio è il modo di non far perdere il diritto di concorrere alle condotte mediche per superato limite di età a coloro che tale limite supereranno perchè chiamati in servizio militare. È da notare che proprio in questi tempi si aprono i concorsi provinciali ai posti di medico condotto e il limite di età ai concorsi è di 32 anni, eccezionalmente per ora di 35 anni.

* * *

Il Sindacato Medico di Brindisi e successivamente quello di Teramo hanno adottato disposizioni a favore dei medici richiamati. Il Direttorio del Sindacato di Teramo, nella seduta del 5 giugno, ha stabilito, oltre che concedere gratuitamente a questi colleghi la tessera del Sindacato per l'anno XIII, anche di assumere l'impegno della disciplina e della protezione dei loro interessi professionali attraverso la collaborazione di tutti i medici iscritti, i quali si obbligano a mantenere con le stesse basi contrattuali la clientela privata lasciata dai colleghi richiamati ed a restituirla non appena questi torneranno in sede.

Sindacato Medico Fascista della provincia di Roma.

Si rende noto ai Signori radiologi ed a tutti i medici che posseggano impianti di radiologia, che il R. Decreto 28 gennaio 1935, n. 145, impone la denuncia di tutti gli impianti adibiti a radioterapia e l'apposizione di un contrassegno speciale su tutti gli schermi di rinforzo, schermi fluorescenti e mezzi di protezione. È anche obbligatoria la denuncia del radium in possesso di privati o di case di cura, il cui quantitativo dovrà essere convalidato da un certificato di misura rilasciato dal Laboratorio di Fisica della Sanità Pubblica.

Siccome ai trasgressori sono comminate multe fino a L. 10.000 oltre la confisca del materiale, così gli interessati sono tenuti, nel più breve tempo possibile, ad uniformarsi alle disposizioni predette.

Per facilitare le operazioni di denuncia questo Sindacato è a disposizione di tutti coloro che desiderino schiarimenti ed indicazioni.

* * *

Il Sindacato ci comunica il seguente:

Accordo nazionale per la trattenuta da parte dei titolari di studi professionali del contributo per l'E. O. A. da versarsi dai dipendenti dei professionisti e degli artisti per l'anno 1935-XIII.

Il giorno 9 aprile 1935-XIII tra la Confederazione dei Professionisti ed Artisti e la Federazione Nazionale Fascista degli Addetti ad Agenzie e Studi Professionali, rispettivamente rappresentate dal presidente della prima, on. A. Pavolini e dal segretario della seconda, prof. Pietro Grosso, è stato convenuto quanto segue:

a) le contribuzioni dei prestatori d'opera dipendenti dagli studi professionali per l'E. O. A. saranno determinate come appresso:

I contributi dei prestatori d'opera da versarsi all'E. O. A. dovranno essere volontari, ma *tutti indistintamente, associati o semplicemente rap-*

presentati dovranno essere invitati verbalmente a contribuire.

Al più presto possibile i titolari degli studi dei Professionisti e degli Artisti tratterranno sulle competenze spettanti a ciascun dipendente una quota pari ad una giornata di lavoro, se il salario normale ragguagliato a mese è superiore a L. 350 — o una quota pari a mezza giornata — se il salario di ciascun dipendente ragguagliato a mese è inferiore a L. 350.

b) I contributi dei prestatori d'opera, trattenuti dai datori di lavoro, dovranno versarsi dai titolari degli studi interessati, sul conto corrente intestato all'E. O. A. secondo le modalità da stabilirsi provincialmente fra le parti, d'accordo con il segretario della Federazione dei Fasci di Combattimento.

c) D'accordo tra le Unioni Provinciali Fasciste, rispettivamente dei Professionisti e degli Artisti e dei lavoratori del Commercio, si potrà localmente chiedere che i contributi dei prestatori d'opera addetti agli Studi Professionali siano versati in un C/C speciale che consenta di stabilire l'ammontare delle somme raccolte per l'E. O. A. tra i suddetti lavoratori.

Detto ammontare dovrà essere comunicato alle Associazioni Nazionali entro due mesi dalla raccolta dei fondi.

d) Copia delle deliberazioni provinciali dovrà essere inviata al Prefetto della Provincia, al Segretario Federale, ad ambedue le Unioni interessate, alla Confederazione Fascista Addetti ad Agenzie e Studi Professionali.

Il presente accordo sostituisce tutte quelle eventuali deliberazioni contenenti norme diverse che, in materia di contribuzioni all'E. O. A., fossero già state prese nelle singole Provincie, e scadrà il giorno 28 ottobre 1935-XIII.

Sindacato Medico di Bari.

Si è tenuta a Bari l'assemblea del Sindacato Prov. Fascista dei Medici, sotto la presidenza del sen. prof. Alessandro Guaccero, che dopo avere rivolto un pensiero di fervida riconoscenza al Duce, al quale si deve se la difesa igienica della razza rappresenta oggi uno degli obbiettivi fondamentali del Regime, svolse la sua Relazione sull'attività del Sindacato.

Accennò anzitutto al sempre crescente sviluppo della istituzione dei tagliandi per il rilascio dei certificati medici, che tanto favorevoli consensi ed approvazioni ha riscosso e che rappresenta il primo passo verso quelle forme risolutive che da tempo si vanno studiando per porre argine alla continua opera di evasione e di sfruttamento che si compie ai danni del medico libero esercente. Illustrò la portata e il valore dell'Ufficio istituito — di concerto col Sindacato Medico — dalla Federazione Fascista per il conferimento degli incarichi sanitari, e disse del lavoro di accertamento compiuto per iniziare, fra non molto, con la scorta di precisi elementi, il disciplinamento del cumulo delle cariche. Riassunse la dibattuta questione dell'applicazione delle tariffe telefoniche ai medici, per la quale v'è stato il personale interessamento di S. E. il Ministro delle Comunicazioni. Accennò alle prime cordiali intese intervenute, mercè l'interessamento di S. E. il Prefetto e del Segretario Federale, fra il Sindacato ed i varî Enti pubblici e privati per la nomina dei sanitari. Richiamò l'attenzione sulla necessità di denunziare ogni caso di abusivismo e di sensalismo che compromettono e ledono ad un tempo gli interessi, il decoro ed il prestigio della categoria e riferì intorno alle numerose vertenze per tassazioni di onorario composte bonariamente fra medici e clienti.

In merito al problema del cumulo delle cariche, il dott. Lorenzo De Bellis espose la difficile condizione in cui si trovano molti medici e la necessità di provvedere mediante lo scumulo, essendovi al riguardo precise e categoriche disposizioni del Partito più volte ribadite nel « Foglio d'Ordini ».

Dopo altre brevi comunicazioni si passò alla nomina del nuovo Direttorio che risultò così eletto: sen. prof. Alessandro Guaccero, segretario provinciale; prof. Giacomo Armenio, dott. Vittorio Bucciero, dott. Anselmo Cicco, dott. Michele Grimaldi, prof. Luigi Insabato, dott. Francesco Pinto, prof. Giuseppe Sangiorgi, dott. Riccardo Attimonelli, prof. Pietro Armenise, componenti; revisori dei conti: dott. Rolando Girone, dott. Vincenzo Maselli-Campagna, dott. Gerardo Nitti.

Furono inviati varî telegrammi di devozione e di omaggio e la riunione si sciolse col saluto al Duce.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Mantova 8 agosto; Perugia, Reggio Emilia, Trieste, Udine 10 agosto; Savona, Taranto 14 agosto; Belluno, Cagliari, Como, Enna, Gorizia, Novara 15 agosto; Viterbo 16 agosto; Bergamo, Brindisi, Matera, Varese 16 agosto; Avellino 22 agosto; Benevento 25 agosto; Grosseto, Pavia 27 agosto; Avellino, Ragusa 29 agosto; Bologna, Cremona, Grosseto, Milano 10 agosto; Alessandria, Aquila, Brescia, Caltanissetta, Catanzaro, Cuneo, Ferrara, Frosinone, La Spezia, Littoria, Massa, Macerata, Napoli, Nuoro, Pescara, Piacenza, Pisa, Pistoia, Polà, Potenza, Ravenna, Rieti, Roma, Salerno, Siracusa, Sondrio, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Treviso, Venezia, Vercelli, Verona 31 agosto; Chieti, Sassari 15 settembre; Aosta 1 ottobre; Bolzano 10 ottobre.

Per Udine proroga al 10 settembre (ore 18).

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Cercansi medici assistenti, età massima anni 35, per servizio interinale nel Reparto Chirurgia. Inviare subito documenti rito e professionali alla Segreteria dell'Ospedale.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Al 15 agosto, ore 15; aiuto chirurgo; titoli ed eventualm. esami; età limite 35 anni al 15 lug.; prestazioni gratuite, salvo compartecipazione sui proventi. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria dell'Amministrazione.

ANNONE VENETO (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8500. Indennità per mezzo di trasporto da L. 1000 a L. 4000, secondo che sia la bicicletta, motocicletta od automobile.

Caro viveri come per legge. Limite di età anni 35 salvo ecc. di legge. Scadenza 31 agosto 1935.

BARI. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttore medico; proroga al 15 agosto.

BRINDISI. — Posto di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio annuo L. 13.700, oltre gli aumenti periodici di L. 700, L. 800, L. 900, allo scadere del primo, secondo e terzo quadriennio, più L. 3200 pel servizio attivo. Scadenza 20 agosto 1935.

CASTELVETRANO. — (Vedere TRAPANI).

CONA (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000. Indennità per mezzi di trasporto da L. 1000 a L. 4000 (secondo che sia bicicletta, motocicletta od automobile). Caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 salvo ecc. di legge. Scadenza 31 agosto 1935.

DOLO (*Venezia*). *Ospedale Civile.* — Al 25 settembre, ore 18; chirurgo primario; L. 6000 e 4 quadrienni dec.; età limite 40 anni al 18 giugno. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

IMOLA (*Bologna*). *Congregazione di Carità.* — Al 31 agosto ore 17, medico nell'Ospedale Psichiatrico di S. Maria della Scaletta, con funzioni di primario e obbligo della guardia a turno; stip. L. 15.500, 6 trienni decimo, alloggio o indennità L. 2000, altre indennità. Chiedere bando alla Direzione Amministrativa della Congregazione.

LUCCA. *RR. Spedali ed Ospizi.* — Specialista pediatra-Direttore Sanitario del Brefotrofio. Stipendio annuo L. 6000. Età massima anni 40 salvo eccezioni. Aiuti ed Assistenti Universitari effettivi fino anni 45 (salvo eccezioni). Tassa L. 50. Scadenza 30 settembre 1935-XIII.

MARSALA. — (Vedere TRAPANI).

ORISTANO (*Cagliari*). *Ospedale Civile.* — Scad. 10 sett.; medico primario; L. 12.000 e 2 sessenni decimo. Rivolgersi alla Presidenza della Congregazione di Carità.

TRAPANI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami, concorso ai posti di aiuto medico del Dispensario Provinciale e di Direttori delle Sezioni dispensariali di Castelvetrano e di Marsala.

Per aiuto medico del Dispensario Provinciale di Trapani, stipendio lordo L. 11.500 escluse le riduzioni di cui ai RR. DD. 20-11-1930 N. 1291 e 14-4-1934 N. 561. Età massima anni 40. Scadenza 18 settembre 1935.

Per direttori delle Sezioni dispensariali di Marsala e di Castelvetrano, stipendio lordo L. 9500 escluse le riduzioni come sopra. Età massima anni 40. Scadenza 18 settembre 1935.

Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio a Trapani.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Al 25 agosto, ore 18; primario dermosifilopata; titoli ed eventualm. esami; età limite 45 anni; L. 5000 lorde e compartecipaz. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Amministrazione.

BORDIGHERA-SAN REMO, cedesi avviata pratica medica, prelievo impianti moderni, eventualmente apparecchi, mobilia ecc., causa trasferimento fuori provincia. Miti pretese. Scrivere Dott. Cav. G. Piazza, Bordighera.

NOTIZIE DIVERSE

7° Corso Internazionale di Alta Cultura Medica.

(Bruxelles-Spa, 12 sett.-2 ott. 1935).

Organizzato sotto gli auspici dell'Università libera di Bruxelles, durante l'Esposizione Universale, il 7° Corso Internazionale di Alta Cultura Medica della Fondazione Tomarkin, si svolgerà quest'anno in parte a Bruxelles e in parte a Spa.

Gli argomenti principalmente trattati riguarderanno il Cancro, le Malattie tropicali, sub-tropicali e infettive, il Parkinsonismo post-encefalitico, le Malattie del sangue, le Malattie del sistema cardiovascolare, oltre ad una serie di Conferenze libere svolte dai più illustri scienziati mondiali, fra i quali figurano in prevalenza gli studiosi italiani.

S. M. la Regina d'Italia ha infatti accordato il Suo Alto Patronato ad una Delegazione di medici neurologi italiani al Corso.

Come già annunziato, coloro che intendono partecipare al Corso, possono inviare la loro quota d'iscrizione alla nostra Amministrazione, usufruendo così delle seguenti facilitazioni:

Corso intero: fr. bel. 340 = lire ital. 140, invece di fr. bel. 400;

Metà corso (sia Bruxelles, sia Spa): fr. bel. 212,50 = lire ital. 87, invece di fr. bel. 250;

Una Sezione del corso: fr. bel. 127,50 = lire ital. 52, invece di fr. bel. 150.

Data la grande affluenza a Bruxelles, per l'Esposizione Universale, il Comitato Organizzatore, inoltre, allo scopo di facilitare il viaggio ed il soggiorno dei partecipanti al Corso, ha nominato agente ufficiale per il trasporto dei Congressisti Italiani la C.I.T. (Compagnia Italiana Turismo), la quale ha preparato a condizioni vantaggiosissime il seguente Programma di Viaggio:

11 settembre, dalle ore 6,30 in poi: Raduno dei partecipanti all'Ufficio CIT della Stazione Centrale di Milano. — *Milano*: Partenza alle ore 7. Seconda colazione in carrozza ristorante. — *Basilea*: Arrivo alle 14,20. Cambio di carrozza. Proseguimento del viaggio via Lussemburgo. Pranzo in treno ad Arlon. — *Bruxelles*: Arrivo alle 22,59. Trasporto all'albergo. Pernottamento.

Dal 12 al 18 settembre: Pensione completa in albergo a Bruxelles (camera e tre pasti). Giornate a disposizione per seguire il corso. (Nelle mezze giornate o giornate eventualmente libere saranno effettuate delle escursioni facoltative, il programma ed il costo delle quali saranno di volta in volta comunicati).

19 settembre: Prima e seconda colazione in albergo. Alle 17,5 partenza in treno per Spa. — *Spa*: Arrivo alle 19,16. Trasporto all'albergo. Pranzo e pernottamento.

Dal 20 settembre al 2 ottobre: Pensione completa in albergo a Spa. Giornate libere a disposizione per seguire il corso. (Come a Bruxelles, saranno usufruite le giornate o mezze giornate libere per effettuare delle escursioni facoltative).

2 ottobre: Partenza da Spa alle ore 18,38. Pranzo in treno.

3 ottobre: *Milano*: Arrivo a Milano alle 14,35. (La prima e la seconda colazione saranno consumate in treno).

Quota: Lit. 2250.

La suddetta quota comprende:

— Il biglietto ferroviario in seconda classe da Milano a Milano;

— I pasti indicati in treno, tanto se in carrozza ristorante quanto se in cestino;

— I trasporti in arrivo ed in partenza a Bruxelles ed a Spa, i pasti e l'alloggio in alberghi di prim'ordine.

Il termine ultimo per inviare sia la quota d'iscrizione al Corso che la quota di partecipazione al viaggio, è fissato per il 15 agosto p. v.

Tutti coloro che desiderano prendere visione del Programma per esteso del Corso possono farne richiesta alla nostra Amministrazione.

11° Congresso internazionale per la protezione dell'infanzia.

Si è svolto dal 18 al 21 luglio a Bruxelles il Congresso internazionale per la protezione dell'infanzia, organizzato dall'Associazione internazionale per la protezione dell'infanzia.

Al Congresso, al quale hanno partecipato 38 Nazioni, l'Italia è stata rappresentata da una delegazione ufficiale, composta dal gr. uff. Sileno Fabbri, presidente dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, dal comm. Gaetani, segretario dell'Unione italiana assistenza all'infanzia, dal comm. Angelelli, ispettore superiore del Ministero delle Corporazioni, e da altri valorosi cultori delle discipline formanti oggetto di discussione.

Durante i lavori del Congresso — nel quale sono state discusse numerose relazioni di studiosi italiani e di cui due sezioni (una giuridica e una medica) sono state presiedute rispettivamente dal comm. Gaetani e dal prof. G. Caronia — sono stati molto notati i risultati conseguiti in Italia nel campo della protezione dell'infanzia.

La sezione medica, dopo una relazione del prof. Jemma sull'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, ha tributato un voto di plauso all'Italia e la Sezione giuridica, dopo l'ampia relazione di Sileno Fabbri sulla protezione dei piccoli stranieri e sulla legislazione italiana relativa ai minorenni abbandonati, traviati e delinquenti, ha altrettanto vivamente elogiato l'azione svolta dal nostro Paese per la completa soluzione di tali problemi.

Sileno Fabbri è stato nominato per acclamazione, su proposta della presidenza, vice-presidente dell'Associazione internazionale di protezione dell'infanzia.

7° Congresso internazionale per gli infortuni e le malattie del lavoro.

Si è svolto a Bruxelles dal 22 al 26 luglio. L'inaugurazione venne fatta dal Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale, presenti i delegati di 40 Nazioni. La rappresentanza italiana era composta di oltre 100 membri con a capo il senatore Suardo, presidente dell'Istituto nazionale fascista per l'assicurazione contro gli infortuni, organizzatore della partecipazione italiana. Per la parte medica, con il sen. Devoto, direttore della Clinica del Lavoro di Milano, sono intervenuti numerosi consulenti e medici dell'Istituto Nazionale Fascista Infortuni, che hanno presentato e svolto importanti relazioni. Il sen. Suardo e la delegazione italiana hanno deposto una corona sulla tomba del Milite Ignoto.

Dermatologi italiani a convegno.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha riunito nella R Clinica Dermosifilopatica al Policlinico di Roma i propri soci, in adunanza straordinaria.

Presiedeva il prof. Tommasi della R. Università di Palermo, coadiuvato dai vice presidenti proff.: Arturo De Amicis di Napoli, Bertaccini di Siena e dal segr. gen. prof. Vincenzo Montesano di Roma.

Tra i presenti notati i proff.: Cappelli di Firenze; Porcelli di Livorno; Sannicandro di Bari; Monacelli di Messina; Maineri, direttore dell'Ospedale S. Gallicano di Roma; Carruccio, Ciarrocchi, Della Seta Giorgio, Garibaldi, Libonati, Lionetti, Tarantelli, Mochi, Santori di Roma ed altri. Nell'aprire la seduta il prof. Tommasi di Palermo, presidente della Società, dopo aver ringraziato gli intervenuti, commemora i soci nazionali scomparsi recentemente: proff. Colombini di Modena e Giovanni Truffi di Udine, nonchè i socii esteri proff. Delbanco di Amburgo, Jeanselme di Parigi e Bayet di Bruxelles. Commosse parole di rimpianto rivolge alla memoria del prof. Giovanni Truffi, giovane di ingegno brillantissimo, già affermatosi nel campo scientifico come una bella promessa. Ricorda il contributo notevole da Lui recato alla dermatologia ed alla sifilografia, la partecipazione attivissima ai Congressi della Società ed il plauso riportato dai suoi lavori, come pure la maturità raggiunta nell'ultimo concorso a cattedra universitaria. Si approva l'invio di un telegramma di condoglianza al padre desolato, prof. Mario Truffi, direttore della R. Clinica dermosifilopatica di Padova. Il presidente comunica, quindi, che in seguito alle disposizioni del nuovo statuto, occorre procedere alla rinnovazione delle cariche sociali. L'assemblea — su proposta del prof. Libonati di Roma — conferma per acclamazione l'attuale ufficio di Presidenza, cui si deferisce l'incarico della compilazione del nuovo Regolamento da sottoporsi all'approvazione del Ministero.

Per il prossimo Congresso internazionale di Dermatologia, che si terrà nel settembre prossimo a Budapest, il presidente comunica che la Delegazione italiana nominata dal Governo si compone del prof. Tommasi, capo della Delegazione stessa e rappresentante anche del Consiglio Naz. delle Ricerche, e dei proff. Pasini di Milano, Truffi di Padova, Mariani di Bari e Porcelli di Livorno.

Si approvano poi, — su proposta del Consiglio Direttivo — i seguenti temi ufficiali per il Congresso Nazionale dell'anno prossimo:

1° tema: Dermatosi professionali;

2° tema: Valutazione del danno sociale in Italia derivante dalle infezioni luetica e blenorragica.

Esauriti tutti gli argomenti, vengono esaminati dei casi clinici illustrati dal prof. Tarantelli della R. Clinica Dermosifilopatica di Roma, dopo di che l'assemblea si scioglie con un voto di plauso alla Presidenza.

Commissioni giudicatrici per l'abilitazione alla libera docenza.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha con recente decreto nominato per il biennio 1935-36 le seguenti Commissioni giudicatrici per l'abilitazione alla libera docenza nella Facoltà di medicina e chirurgia:

Batteriologia - Batteriologia ed immunologia. — Effettivi: Azzo Azzi, Gennaro Di Macco, Filippo Neri; supplenti: Guglielmo Ascione (nel frattempo defunto), Guido Guerrini.

Clinica delle malattie infettive. — Effettivi: Pio Bastai, Dante De Blasi, Giovanni Di Guglielmo; supplenti: Ernesto Bertarelli, Giulio Andrea Pari.

Clinica delle malattie nervose e mentali - Neuropatologia - Psichiatria. — Effettivi: Ugo Cerletti, Mario Zalla, Giuseppe Ayala; supplenti: Arturo Donaggio, Alfredo Coppola.

Clinica delle malattie delle vie urinarie - Urologia. — Effettivi: Carmelo Bruni, Giuseppe Bolognesi, Paolo Lilla; supplenti: Ermanno Mingazzini, Nicola Leotta.

Clinica delle malattie tropicali e sub-tropicali - Patologia delle malattie tropicali e sub-tropicali. — Effettivi: Aldo Castellani, Giuseppe Zagari, Carlo Gamna; supplenti: Mario Aresu, Giuseppe Sabatini.

Clinica medica. — Effettivi: Luigi Zoia, Ferruccio Schupfer, Antonio Gasbarrini; supplenti: Tommaso Lucherini, Domenico Pace.

Fisiologia sperimentale. — Effettivi: Amedeo Herlizka, Gaetano Quagliariello, Tullio Gayda; supplenti: Giulio Pupilli, Camillo Artom.

Igiene - Igiene e polizia sanitaria medica. — Effettivi: Filippo Neri, Luigi Piras, Giuseppe Sangiorgi; supplenti: Ernesto Bertarelli, Enrico Ronzani.

Medicina legale - Medicina legale ed infortunistica. — Effettivi: Antonio Cazzaniga, Ruggero Romanese, Giuseppe De Crecchio; supplenti: Francesco Leoncini, Giorgio Canuto.

Odontoiatria e protesi dentaria. — Effettivi: Arturo Beretta, Gaetano Fasoli, Pasquale Lippo; supplenti: Giuseppe Cavallaro, Giulio Grandi.

Azioni giudiziarie.

La Corte suprema di New York ha giudicato il caso di una giovane, che affermava di essere stata violata e, come conseguenza, di avere avuto un bambino e chiedeva l'accertamento della paternità mediante l'esame del sangue. La Corte in primo tempo aveva accolto la domanda, riferendosi anche all'opinione espressa in un trattato dello studioso italiano prof. Lattes. La Divisione di appello della stessa Corte, però, ha capovolto la sentenza, perchè l'accertamento dei gruppi sanguigni ha solo un valore negativo e perchè la prova non sarebbe stata di alcun benefizio al bambino.

La 1ª Camera Correzionale di Parigi ha assolto tre medici, i quali avevano rilasciato dei certificati di compiacenza che erano serviti per fare elevare delle pensioni di guerra corrisposte a mutilati o invalidi; ha condannato invece a pene varie gli organizzatori della frode, alla quale i tre medici si erano prestati inconsapevolmente e sulla fiducia di un collega.

Il giovane figlio di un medico di Bruges (Belgio), pedalando, ebbe ad urtare una bambina, provocandone la frattura di una gamba; il padre del giovane offrì di eseguire ed eseguì tutte le cure. Persistevano dei dolori, e ciò rese necessari due nuovi interventi, eseguiti l'uno da un chirurgo di Bruges, l'altro in una clinica di Bruxelles. Ciò malgrado, la bambina è rimasta claudicante; donde un'azione giudiziaria contro il primo medico, con richiesta di danni per 235.000 franchi. A sua volta, egli ha chiesto la corresponsabilità degli altri due chirurghi e di un radiologo. Il Tribunale di Bruxelles, che dovrà giudicare, ha intanto ordinato una perizia.

Un medico pratico di Parigi, nell'esaminare la bocca di una cliente, trovò tre ponti d'oro eseguiti bene ed uno composto di due pezzi saldati mediante una lega; egli denunziò il dentista, dott. Champagne, per frode. In esito a perizia il Tribunale ha assolto il dentista; è risultato che i due pezzi di cui sopra erano d'oro a 20 e 22 carati e che la lega, a base di rame, era usata solo per la saldatura, a regola d'arte; i periti si richiamarono, tra l'altro, ai lavori di Galippe, dai quali risulta che non poteva ammettersi alcun danno alla salute per azione del rame.

Un po' dovunque.

Si è adunata ad Amsterdam la 4ª Conferenza della Lega Leenwenhoek per lo studio del cancro.

Il 26º Congresso dell'Associazione generale dei medici fiamminghi (Algemeen Vlaasusch Geneesheeren Verbond) si è svolto a Lierre (Belgio), sotto la presidenza del dott. Gravez. Il prof. Daels, dell'Università di Gand, tenne una conferenza sui « Doveri del medico verso i malati ».

Il 3º Congresso nazionale rumeno sulla tubercolosi si è tenuto a Bucarest, sotto la presidenza effettiva del ministro della sanità, J. Costinesco, presidente della Lega nazionale per combattere la tubercolosi.

Il 7º Congresso panamericano del bambino si terrà a Messico dal 12 al 19 ottobre, sotto la presidenza del dott. A. Ayala González. La corrispondenza va diretta al: Departamento de Salubridad Publica, México D. C., Repubblica del Messico.

Il 1º Congresso panamericano di medici e chirurgi ferroviari si è tenuto nella città di Messico il 5 maggio, in occasione dell'inaugurazione dell'Ospedale Centrale, costruito dalle ferrovie nazionali del Messico (è costato 1.500.000 pesos, ossia circa 5 milioni di lire it.).

Dal 24 giugno al 12 luglio si è tenuta a Baltimora una Conferenza sulle vitamine, organizzata dal Dipartimento di chimica dell'Università Johns Hopkins.

Il 2 maggio si è tenuta a Dayton (Stati Uniti) la 5ª Conferenza annuale sulla termoterapia.

Dal 17 al 19 giugno si è tenuta a Rochester (Stati Uniti) la riunione annuale dell'Associazione delle Biblioteche Mediche.

Dal 5 al 7 luglio si sono tenute a Parigi le cerimonie commemorative del centenario dell'arrivo di Hahnemann a Parigi, organizzate dal periodico « Homéopathie moderne »; hanno assunto notevole sviluppo.

La Società Piemontese d'Igiene si è adunata il 12 luglio, sotto la presidenza del prof. A. Bormans, assistito dal segretario prof. C. F. Cerruti. Sono state fatte comunicazioni da U. di Aichelburg, U. Boffa, G. Giuffrida.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 5 giugno, sotto la presidenza del prof. A. Ponzian, assistito dal segretario dott. Da Via. Sono state fatte comunicazioni da F. Cucchini (2 comunicazioni), C. Diamanti, R. Broglio, Rita Cohn Moretti.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio Veneto si è adunata il 31 maggio, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris. Sono state fatte comunicazioni da: Opocher, Coletti, Dalla Zentil

Si è costituito in Milano un « Gruppo di Propagandisti di medicinali » che ha lo scopo di tu-

telare gl'interessi della classe e quello sopratutto di creare un sodalizio indipendente da ciò che può essere organizzazione di viaggiatori di commercio. Tale Gruppo ha incontrato larghe simpatie e appoggio anche da parte delle superiori Gerarchie. Un omaggio di devozione venne indirizzato al Duce. Le adesioni si ricevono presso la sede provvisoria del Gruppo, in Milano: via Paolo da Cannobio 24.

È stato inaugurato a Filadelfia un nuovo ospedale navale, della capacità di 650 letti; è costato 3.200.000 dollari, ossia circa 40 milioni di lire. Il fabbricato principale è alto 14 piani.

Nel « St. Clare's Hospital » di New York è stato organizzato un istituto oncologico. Esso dispone di un impianto capace di fornire corrente a 200.000 volta.

Le famiglie Zoja di Milano hanno voluto onorare la memoria del loro caro Ugo Zoja, chimico farmacista, mancato il 15 maggio u. s., donando all'Opera Nazionale per gli Orfani dei Sanitari italiani in Perugia la somma di L. 20.000.

Il dott. F. C. Bressler ha donato un milione di dollari (12 milioni di lire it.) alla Scuola Medica dell'Università di Maryland in Baltimora, perchè venga istituito un laboratorio di ricerche.

La baronessa Margherita Dulles Fontana ha legato circa 600.000 dollari all'Università di Pennsylvania, a Filadelfia, per un ospedale-maternità.

Nello Stato di Michingan verrà eretto un nuovo sanatorio statale per tubercolotici, a Gaylord, con gl'introiti di una tassa sul malto; importerà 250.000 dollari (3 milioni di lire it.).

Il prof. Simon Flexner ha lasciato la direzione dei laboratori dell'Istituto Rockefeller di New York; egli conta 72 anni. Il suo nome è specialmente legato agli studi sulla poliomielite e sulla meningite cerebro-spinale epidemica.

Il centenario della nascita di Hugh Owen Thomas è stato celebrato con la pubblicazione di un numero speciale del « Liverpool Medico-Chirurgical Journal ». Egli era figlio di un « aggiusta-ossa »; ma studiò medicina e integrando l'esperienza paterna potè portare metodi perfezionati nell'ortopedia, di cui è considerato come un fondatore: ha reso benefizi inestimabili.

Nel 1935 ricorre il 40° anniversario dello scoperta dei raggi Roentgen; in tale occasione il periodico « Strahlentherapie » pubblicherà una galleria di medici, fisici, tecnici, infermiere ecc. che sono stati pionieri della radiologia e ne sono rimasti vittime, subendo mutilazioni o lasciando la vita, veri eroi della scienza e del dovere. Rivolgersi al segretario, Prof. Dr. Hans Meyer, Parkallee 73, Bremen, Germania.

Dal 1° gennaio al 20 luglio sono deceduti nell'Africa Orientale italiana 113 operai — per infortuni sul lavoro, incidenti stradali e malattie varie — sopra una massa presente media di 25.000 uomini. Si provvederà a indennizzare adeguatamente le loro famiglie. Va il nostro commosso omaggio alla memoria dei Caduti per un'opera di espansione e di civiltà.

In Francia i due rami del Parlamento hanno approvato una legge restrittiva dell'esercizio dei medici stranieri. Anche i diplomati nei Paesi sotto mandato francese, non potranno esercitare in Francia, se non dopo avere sostenuto tutti gli esami. Le situazioni acquisite sono rispettate; ma per gli studenti non si ammettono misure transitorie.

La sezione ungherese della Associazione internazionale Donne Professioniste invita le donne italiane laureate in medicina e chirurgia a recarsi a Budapest per visitare le sorgenti idro-minerali e termali e le case di cura di quella città. Le partecipanti godranno delle massime facilitazioni ferroviarie e saranno ospitate per tre giorni a Budapest dall'Associazione ungherese che si assume tutte le spese del loro soggiorno. Per informazioni rivolgersi alla sede di Napoli dell'Associazione Donne Professioniste ed Artiste, in via Roma 413.

Il prof. W. Morse ha tenuto il 9 giugno a New York una conferenza sugli « Eroi moderni nella medicina ».

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dall'8 luglio al 14 luglio: Morbillo 340 (1483); Scarlattina 116 (239); Pertosse 117 (343); Varicella 140 (279); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 341 (2136); Infezioni paratifiche 88 (110); Febbre ondulante 47 (65); Dissenteria 21 (41); Difterite e croup 171 (296); Meningite cerebro-spinale epidemica 6 (6); Poliomielite anteriore acuta 22 (29); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 12 (34); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 61 (87), dichiarata — (—); Pustola maligna 22 (23).

Ha cessato di vivere in Roma, il 20 luglio u. s., tra il compianto di quanti lo conobbero ed ebbero modo di apprezzarne le doti intellettuali e di cuore, il prof. SALVATORE PASTORE, medico ispettore capo per i servizi di assistenza sanitaria nel Governatorato di Roma.

Era nato a Sessa Aurunca il 5 aprile 1878 e aveva compiuto gli studi medici a Napoli, allievo prediletto del prof. Cardarelli che più volte, dopo la laurea, lo invitò a rimanere presso di lui, come suo assistente. Ma Salvatore Pastore, dopo un tirocinio ospedaliero a Napoli e nel suo paese nativo, preferì di rimanere a contatto diretto con gli umili, nella qualità di medico condotto.

E il suo grande affetto per gli umili dimostrò nel servizio di condotta dapprima a Sessa Aurunca e poi, dal 1907, in seguito a pubblico concorso, nelle condotte rurali del Comune di Roma, e quindi in quelle urbane, nelle quali tutte ebbe a meritarsi pubbliche manifestazioni di riconoscenza per il bene che seppe generosamente prodigare.

Nel 1924, in seguito a concorso interno, era stato nominato ispettore capo per l'assistenza sanitaria, carica che ricoprì degnamente sino agli ultimi giorni, dimostrando in ogni occasione rare doti di saggezza e di equilibrio.

Ottenuta nel 1923, per titoli ed esami, la libera docenza in patologia speciale medica, dal 1926 svolgeva regolarmente il suo corso libero, sempre desiderato e assai frequentato dagli studenti; e nonostante le occupazioni del suo ufficio, egli continuava a pubblicare di tempo in tempo interessanti note scientifiche, che raggiungevano oramai un ragguardevole numero.

G. PECORI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Riforma Med., 23 feb. — C. CAVALLI. Azione ipochetonemizzante dello solfo. — M. SORRENTINO. Diatermia del « sinus carotideus » nell'ipertensione.

Journal A. M. A., 16 feb. — I. S. WECHSLER. Traumi e sistema nervoso. — L. BRAHDI. Congelazioni. — J. WILE e F. STILES. Mutazioni cliniche nel linfoblastoma.

Folia Med., 15 gen. — L. GALLORO. Alterazioni dell'apparato respirat. nell'industria della cromatura.

Presse Méd., 2 mar. — E. L. TURNER e A. G. LATTUF. Soggetti « sani » che espettorano bacilli di Koch.

Riv. di Patol. nerv. e ment., gen.-feb. — P. OTTONELLO. Sindrome cinetico-ipertonica nei tumori del lobo frontale. — G. ARAGONA. Bromo ematico nel Parkinson post-encefalitico. — A. CAMPANA. Triptofano nel sangue dei mentali. — A. CAMPANA. Sintomatologia psichica dei tumori cerebrali. — R. COLELLA e G. PIZZILLO. Nuova cura dell'emorragia cerebr. — S. SEGRE. Sistema nerv. e reazioni biologiche ed immunitarie.

Surg., Gyn. a. Obst., 15 feb. — Resoconto del 24° Congresso clinico del « Collegio americano dei chirurgi ».

Ann. di Ostetr. e Gin., 28 feb. — E. DEBIASI. Comportam. dell'utero nel post-partum. — L. CATTANEO. Influenza degli ormoni sessuali sulla secrez. biliare.

Rinasc. Med., 28 feb. — L. MORQUIO. Pneumotorace idatideo. — A. MERLINO. Eliminaz. dell'iodio nella puerpera e nel neonato. — F. LAZZARO. Ascesso polmon. guarito con la vaccinoterapia.

Riv. di Chirurgia, gen.-feb. — L. TORRACA. Tumore papillare del bacinetto renale. — G. JANNELLI. Emoperitoneo da rottura incompleta dell'appendice affetta da processo infiammatorio acuto. — G. BALICE. Affezione tbc. della coscia a tipo neoplastico. — R. PALMA. Arteriografia nelle arteriti. — M. SPINETTI. Vie di accesso alla loggia cerebellare.

Rif. Med., 23 feb. — G. CAVALLI. Azione ipochetonemizzante dello solfo. — M. SORRENTINO. Diatermia del « sinus carotideus » nell'ipertensione. — 2 mar. R. ROCH. Lesioni e disfunzioni dei reni nei diabetici.

Rivista di Malariologia

PUBBLICAZIONE MENSILE.

SEZIONE II.

(Sommario del N. 1-2-bis).

Cronaca scientifica: A. FILIPPINI: La Stazione sperimentale per la lotta antimalarica (5 figure). — **Recensioni** (Parassitologia - Patologia - Clinica - Farmacologia e terapia - Entomologia - Epidemiologia - Profilassi - Malarioterapia - Miscellanea. Generalità). — **Rivista bibliografica.** — **Atti ufficiali.** — **Note di Giurisprudenza**: G. PALAZZOLO: Applicazione della legge 22 giugno 1933. — **Nostre corrispondenze**: A. GIOVANNOLA: Associazione Americana per il progresso della Scienza. — **Quesiti**: G. ESCALAR: Porcili antimalarici. — **Notizie.**

Abbonamento pel 1935: Italia L. **50**, Estero L. **90**; ai nostri abbonati L. **45** e L. **85** rispettivamente; un numero separato: Italia L. **6**, Estero L. **10**.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI. Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Pubblicazioni indispensabili a tutti i Sanitari Italiani

Nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie

con NOTE e COMMENTO

dei Sigg. Dr. ARISTIDE CARAPELLE, Consigliere di Stato, Deputato al Parlamento
e Dr. Prof. ALFREDO JANNITTI-PIROMALLO, Consigliere di Cassazione.

La legge, nella sua scheletrica esposizione, non è che un arido elenco di disposizioni, di scarso significato per chi non è esperto in materia e non conosce le sottigliezze d'interpetrazione; essa abbisogna, pertanto, di un **COMMENTO** *che, basandosi sulle intenzioni del legislatore quali risultano dai lavori preparatori e sull'esperienza acquisita, illustri ogni singolo articolo nel suo vero significato, nella sua portata e nella connessione con altre leggi, in modo che ne riescano facili e sicure l'interpretazione e l'applicazione, ed a ciò risponde in pieno questo volume da noi edito.*

Il **COMMENTO,** *che offriamo noi, ha un carattere* **eminentemente pratico** *e costituisce una* **Guida veramente sicura** *per la* CONOSCENZA E L'APPLICAZIONE DELLE LEGGI SANITARIE *con opportuni richiami alla Giurisprudenza e con la spiegazione delle modificazioni introdotte nella Legge stessa.*

*Volume, ben rilegato, contenente anche l'*Elenco delle disposizioni per la tutela della Sanità Pubblica *dal 28 ottobre 1922 al 31 dicembre 1932, nonchè* due indici della materia trattata, bene elaborati, L. **45** *più le spese postali di spedizione. Però, agli abbonati al « Policlinico » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste edite dalla Casa Pozzi, il volume è ceduto per sole L.* **35** *in porto franco.*

Prof. AUGUSTO FRANCHETTI Medico Provinciale presso la Direzione Generale di Sanità Pubblica.

Appunti di Legislazione per gli Ufficiali Sanitari

Volume in formato tascabile, di pagg. VIII-200, nitidamente stampato. Prezzo L. **12,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **10,50** in porto franco.

Altre pubblicazioni della Casa Editrice L. POZZI di Roma

INFORTUNISTICA - MEDICINA LEGALE - MEDICINA SOCIALE - LEGISLAZIONE SANITAR

Prof. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente nella R. Università di Milano.

LA PERIZIA NELLA PRATICA INFORTUNISTICA. (Prefazione del prof. C. Ferrai). Volume di pagg. VIII-80. Prezzo L. 10, più le spese postali di spedizi Per gli abbonati al « Policlinico » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste della C Editrice Pozzi, sole L. 8 in porto franco.

Dello stesso **Prof. ARNOLFO CIAMPOLINI**

LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DELLA « NEVROSI DEI TRAUMATIZZAT *Il rilievo e il significato dei sintomi.* (Prefazione del prof. Cesare Biondi). Volu di pagg. VIII-94. Prezzo L. 12, più le spese postali di spedizione. Per gli abbonat « Policlinico » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste della Casa Editrice Pozzi, L. 9,50 in porto franco.

Dello stesso **Prof. ARNOLFO CIAMPOLINI**

LA TRAUMATOLOGIA DEL LAVORO NEI RAPPORTI CON LA LEGGE. Seco edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata. Volume di pagg. XXIV-1 rilegato in tela. Prezzo L. 80, più le spese postali di spedizione. Per gli abbonat « Policlinico » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste della Casa Editrice Pozzi, L. 72 in porto franco.

Dello stesso **Prof. ARNOLFO CIAMPOLINI**

IL TRAUMA NELLA ETIOGENESI DELLE MALATTIE. *Rapporti clinici e me legali.* (Prefazione del prof. C. Frugoni). Volume in-8°, di pagg. XII-550. Pre in brochure L. 52; rilegato in tela L. 58, più le spese postali di spedizione. Per abbonati al « Policlinico » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste della Casa trice Pozzi, rispettivamente sole L. 47 e L. 53 in porto franco.

Prof. ARISTIDE RANELLETTI
Docente di Patologia del Lavoro nella R. Università di Roma.

LE MALATTIE DA LAVORO. I. *Patologia e clinica* - II. *Assicurazione.* Vol di pagg. 317, con 74 figure. Prezzo L. 52, più le spese postali di spedizione. gli abbonati al « Policlinico » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste della Editrice Pozzi, sole L. 48 in porto franco.

BORIS H. WASSILEFF
Dottore in Medicina e in Scienze Giuridiche; già della R. Clinica Medica di Genova e dell'Istituto Clinico Maragliano.

LA RESPONSABILITA' PENALE DEL TUBERCOLOTICO DAL PUNTO DI VI MEDICO-LEGALE. (Prefazione del Prof. A. Morselli). (Opera tradotta in tre ling Tedesca, Russa, Bulgara). Volume di pagg. 212. Prezzo L. 25, più le spese po di spedizione. Per gli abbonati al « Policlinico » o a qualsiasi delle altre qua Riviste della Casa Editrice Pozzi, sole L. 21,50 in porto franco.

Dott. B. DI TULLIO
Docente di Antropologia Criminale nella R. Università di Roma e nella Scuola Superiore di Polizia.

MANUALE DI ANTROPOLOGIA E PSICOLOGIA CRIMINALE APPLICATA A PEDAGOGIA EMENDATIVA, ALLA POLIZIA E AL DIRITTO PENALE E PENIT ZIARIO. (Prefazione del prof. Salvatore Ottolenghi). Volume di pagg. VIII- Prezzo L. 35, più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al « Policlin o a qualsiasi delle altre quattro Riviste della Casa Editrice Pozzi, sole L. 3 porto franco.

Dott. ORESTE BELLUCCI

LA MEDICINA PREVENTIVA E LA SELEZIONE PROFESSIONALE IN R PORTO ALLE ASSICURAZIONI SOCIALI. (Prefazione del prof. Carlo Foà). Vol di circa 150 pagine. Prezzo L. 18, più le spese postali di spedizione. Per gli abbo al « Policlinico » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste della Casa Editrice P sole L. 14 in porto franco.

... all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA

ANNO XLII Roma, 12 Agosto 1935 - XIII Num. 32

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

REPARTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA
DEGLI OSPEDALI DI ROMA
diretto dal Prof. P. ALESSANDRINI.

Ricerche sul contenuto della diastasi sanguigna nella prima settimana di vita.

per il dott. VINCENZO MARZETTI.

In un nostro precedente lavoro sulla diastasi pancreatica nello stato gravidico, venivamo alle seguenti conclusioni: sperimentando con il metodo di Katsh in 45 donne gravide a varie epoche di gravidanza, prima e dopo il parto, abbiamo potuto rilevare un aumento in gravidanza della diastasi pancreatica che mettevamo in rapporto principalmente all'iperproduzione dei fermenti per maggiore attività del pancreas: non escludevamo anche un'influenza del fattore meccanico della gravidanza e l'apporto attraverso la placenta, della diastasi fetale. Eravamo stati indotti a dare importanza al fattore meccanico della gravidanza e all'apporto della diastasi elaborata dal pancreas fetale, perchè negli esami della diastasi pancreatica nella puerpera riscontravamo un valore diastasico alquanto inferiore a quello rinvenuto in gravidanza.

Riguardo all'azione svolta dal pancreas fetale, abbiamo voluto riprendere lo studio della diastasi pancreatica nel feto nei primi sei giorni di vita, servendoci del metodo di Katsh per la ricerca della diastasi nel sangue.

Abbiamo, come nello studio precedente, scartato la ricerca della diastasi nelle feci perchè le variazioni del Ph intestinale e l'azione della flora batterica possono alterare i risultati. Solo le modificazioni cospicue, dice Gasparrini, espressione di abolizione pressochè completa dell'attività secretoria dell'organo, possono comportare modificazioni variabili nella concentrazione fecale del fermento. Nel complesso i valori sono assai oscillanti anche nel normale, per una serie di condizioni interferenti difficili da allontanare (Bettoni).

Il comportamento della diastasi nelle orine non offre egualmente sufficienti garanzie. Gasparrini ha investigato anche nel campo sperimentale concludendo che lo studio della diastasi pancreatica nelle orine gli è parso poco fecondo di risultati. Già la legatura dei dotti

nel cane, mentre fa elevare la diastasi nel sangue, modifica di poco la diastasi nelle orine. Perciò la conclusione è che lo studio della diastasi urinaria, preso a sè, non sembra molto utile alla fine della diagnosi della funzione pancreatica.

Per lo studio della funzione pancreatica la ricerca della lipasi si presta meno, non solo nelle feci e nelle orine per le ragioni suesposte a proposito della diastasi, e per la presenza di altre lipasi, ma anche nel sangue lo studio del suo comportamento, ad onta di ricerche deponenti in favore, ha bisogno ancora di una conferma definitiva (Gasparrini).

Circa la tripsina, da ricercare solo nelle feci, ecco come si esprime ancora il Gasparrini nel suo classico lavoro «*Pancreatiti acute e croniche*»: sebbene, per ogni singolo soggetto la concentrazione del fermento triptico fetale debba ritenersi collegata con l'attività funzionale del pancreas, pure noi riteniamo la ricerca infida e malsicura per la diagnosi delle insufficienze lievi o medie, in quanto troppo ampi sono i limiti di oscillazione individuale e troppo profonde le differenze che si osservano fra soggetto e soggetto, e adatta solo per svelare le gravi insufficienze.

Rimarrebbe lo studio dei fermenti, diastasi compresa, mediante il prelevamento del succo duodenale con la sondina di Einhorn, ma, a parte la difficoltà tecnica di eseguire il prelevamento nei neonati, tale ricerca, ad onta della sua apparente bontà, è di fatto inferiore a molti altri mezzi di ricerca indiretta. Secondo varî AA. che si sono occupati dell'argomento, riesce difficile di stabilire i limiti entro i quali oscilla la normalità e riesce quindi mal sicuro il riconoscere deviazioni, anche se certamente dovute a insufficienza funzionale.

Date le ragioni esposte, siamo dunque rimasti fedeli allo studio della sola diastasi e precisamente alla diastasi sanguigna.

Per la tecnica abbiamo seguito il metodo di Katsh, che consiste nel mettere in contatto il sangue con una soluzione di glicogeno per permettere alla diastasi sanguigna di trasformare il glicogeno in glucosio: quindi il valore del glucosio viene stabilito mediante il metodo di Hagedorn e tale valore corrisponde al valore diastasico. Per i particolari rimandiamo al nostro precedente lavoro.

Anche nel feto abbiamo preso il sangue mediante puntura venosa, prelevando la piccola quantità occorrente mediante puntura del seno longitudinale superiore, servendoci della tecnica da noi già esperimentata a proposito delle trasfusioni di sangue nei prematuri. La tecnica, di per sè non difficile, è innocua e rapida: in ogni modo non abbiamo insistito nella ricerca del seno se non ci arrideva subito il successo. In 5 casi abbiamo preso alla nascita il sangue dal funicolo.

Abbiamo pertanto eseguito lo studio della diastasi sanguigna nei primi sei giorni di vita in venti neonati a termine di gravidanza, senza tener conto della parità della donna, nati con parto normale, escludendo i travagli lunghi, e scegliendo le gestanti immuni da qualsiasi forma morbosa. Abbiamo insomma cercato i neonati il più possibile normali, oscillanti fra i tre e i quattro chilogrammi di peso, in maniera che i dati di esame fossero meglio equiparabili fra soggetti di quasi uguale condizione.

Esponiamo quanto abbiamo constatato:

	Glicemia ‰ - nelle prime 24 h.	Fermento diastasico ‰ al 3° g.	al 6° g.
1	0,39-2,58	0,45-2,60	0,71-2,65
2	0,65-2,88	0,77-2,40	0,70-2,90
3	0,60-2,84	0,71-2,64	0,84-2,93
4	0,70-2,82	0,73-2,85	0,80-2,84
5	0,72-2,78	0,78-2,80	0,79-2,78
6	0,70-2,72	0,81-2,75	0,87-2,90
7	0,65-2,60	0,70-2,60	0,71-2,58
8	0,64-2,36	0,65-2,50	0,70-2,43
9	0,51-2,32	0,80-3	0,78-2,80
10	0,59-2,28	0,63-2,47	0,69-2,41
11	0,56-1,88	0,70-2,15	0,68-2,07
12	0,66-2,21	0,75-2,64	0,74-2,51
13	0,80-2,72	0,85-2,80	0,89-2,81
14	0,55-1,99	0,72-2,19	0,71-2,14
15	0,51-1,86	0,70-2,14	0,76-2,07
16	1,20-2,77	0,59-2,91	0,65-2,64
17	1,32-2,20	0,68-2,60	0,73-2,56
18	1,18-2,72	0,61-2,83	0,68-2,80
19	0,99-2,67	0,67-2,70	0,80-2,68
20	1,07-2,86	0,77-2,95	0,88-2,88

Nota: I numeri dal 16 al 20 hanno avuto il prelevamento del sangue dal funicolo.

Sulla glicemia del neonato anche i dati sono ancora contrastanti avendo alcuni AA. trovato dei valori superiori, altri eguali ed altri inferiori a quelli che si hanno nell'adulto, o per diversità di metodo o per non aver sufficientemente tenuto conto nei prelevamenti di sangue della distanza dalle poppate. Gotzky ha difatti trovato il tasso glicemico nei bambini minimo a digiuno, massimo dopo un'ora e mezza dal pasto. Heller non ha invece notato differenza nè per la quantità del latte nè per l'ora. Cobliner, prelevando il sangue tre ore dopo il pasto

trovò un aumento constante dalla nascita alla fine del primo anno di vita, con valori da 0,8 a 1,46 %.

Nysten ha ottenuto valori da 0,85 a 1,28 %. Bing e Windelow ottennero valori di 0,71 a 1,33 ‰. Muggia 1,05-1,55 e 1,02 di media nel sangue placentare. Al contrario altri AA. hanno trovato nei bambini valori glicemici uguali a quello dell'adulto. Cannata, prelevando il sangue nelle prime 24 ore ha trovato valori tra 0,74 e 1 ‰ e tale comportamento nel sangue prelevato a digiuno lo seguitava a notare nei primi 4-5 giorni.

Una percentuale addirittura inferiore ebbe a notare Merletti — 0,47 ‰. Lo Schenal ha trovato valori oscillanti per 0,51 e 0,81 esperimentando però su prematuri.

Martinolli ha trovato il tasso glicemico nella prima settimana inferiore a quello degli adulti e confrontando la glicemia del neonato con quella della madre ha trovato un rapporto che oscilla fra 1.1,52 e 1:1,24; il tasso glicemico del neonato tende ad aumentare dalla nascita nei primi giorni di vita, sebbene esistano delle oscillazioni.

Noi abbiamo trovato prevalentemente dei valori glicemici inferiori a quelli dell'adulto con tendenza all'aumento nei primi giorni di vita; sono alti i valori glicemici del sangue ricavato dal funicolo, concordemente a quanto dicono Levy B. e De Toni che la glicemia è relativamente alta nel sangue fetale. L'ascesa della glicemia dal primo giorno della nascita può essere riferita a una quantità gradualmente maggiore di zucchero nel sangue per i bisogni del feto che si vengono creando per la produzione di calore e per i movimenti fetali.

Venendo ora a quello che è il precipuo scopo del nostro lavoro, troviamo che i valori diastasici nel neonato sono costantemente alquanto più elevati dei valori normali dell'adulto che si aggirano su 1,50 ‰ per raggiungere nel feto e superare il 2 ‰ senza subire dei mutamenti notevoli nei primi giorni di vita. Facendo riferimento al nostro precedente lavoro, questi valori diastasici nel neonato, solo di poco superiori alla norma, tenuto conto della massa sanguigna fetale esigua in confronto alla massa sanguigna materna, possono influire, ma solo di poco, a fare aumentare i valori diastasici della donna gravida, dove ci par certo che il valore più alto della diastasi pancreatica sia riferibile per la massima parte all'aumentata funzione del pancreas gravidico.

Ma ciò che più interessa nell'osservare i valori della diastasi pancreatica nel feto è il trovare dei valori diastasici superiori alla norma, mentre l'alimentazione del neonato non comporta la somministrazione di sostanze amilacee. Del resto già il peso del pancreas, relativamente enorme corrispondendo a 1/100 del peso del neonato mentre nell'adulto la proporzione è di 1 a 600, fa pensare all'importanza che questo organo deve avere nell'economia del feto. La spiegazione dei valori diastasici nel feto riteniamo di poterla dare con l'attribuire a questa diastasi la funzione di utilizzare le riserve interne di sostanze amilacee che si sono andate accumulando durante la vita intrauterina e guardiamo specialmente al fegato con le sue imponenti riserve di glicogeno.

Come il pancreas, anche il fegato fetale ha proporzioni maggiori che nell'adulto raggiungendo la proporzione di 3,6-4,40 % del peso totale, mentre la proporzione nell'adulto è di 2,5-2,7 % raggiungendo rispettivamente il fegato fetale 115-135 gr. e il fegato dell'adulto 1400-1600 gr.

Ora lo stato anatomico e funzionale del pancreas e del fegato fetale ci dà la spiegazione del comportamento del feto alla nascita. Difatti il neonato ha un'estensione relativamente più grande della superficie cutanea, un chilogrammo del corpo fetale necessitando più rivestimento che l'adulto e perciò il feto ha una maggiore dispersione di calore che l'adulto, il che significa bisogno maggiore di produrre calore, cosa dimostrata dalla calorimetria che dà al neonato 100 calorie per kg. nelle 24 ore, circa il doppio che l'adulto (Rubner, Darsonval, Bonniot). Ciò nonostante il neonato per i primi giorni della sua vita — due, tre giorni — non prenderà che poche goccie di colostro. Ora solo mediante le riserve accumulate nella vita intrauterina, noi rileviamo specialmente mediante le riserve di glicogeno accumulate nel fegato, che il feto può provvedere sufficientemente al suo fabbisogno di produzione di calore, bruciando le sostanze di riserva. Il glicogeno per essere utilizzato deve essere diastasato e ciò darebbe ragione della presenza in quantità notevole, perfino superiore alla norma, della diastasi nel pancreas fetale, che solo alcuni mesi più tardi verrà utilizzata per la digestione delle sostanze amilacee introdotte con l'alimentazione.

Il fatto dei valori diastasici costantemente alti non solo dà valore all'ipotesi di un intervento della funzione pancreatica per l'utilizzazione del glicogeno, ma induce a credere che l'iperfunzione pancreatica presente nel feto debba esplicarsi anche a vantaggio della secrezione interna pancreatica. Così si può spiegare il fatto clinico che in qualche donna diabetica durante l'ultimo periodo della gravi-

danza possa aversi un miglioramento o una remissione della malattia (Polito) da mettere in rapporto con la supplenza che la secrezione interna del pancreas fetale esercita sul pancreas malato della donna gravida. Non è da credere che tale fatto si verifichi di frequente. Prima di tutto è già difficile che la donna diabetica diventi gravida, perchè il diabete induce alterazioni notevoli nell'apparato genitale. Il più delle volte la mestruazione è scarsa e si succede a lunghi intervalli fino a dar luogo a una mancanza definitiva: spesso pure è concomitante una frigidità sessuale. A carico dell'utero corrisponde atrofia e frequenti lesioni dell'endometrio, dovuto a una forma infiammatoria cronica, studiata da Liepmann; a carico dell'ovaio si nota un'invasione di tessuto connettivo con assenza o sclerosi dei follicoli. A queste alterazioni notevoli dell'apparato genitale aggiungiamo che l'insorgenza del diabete suole verificarsi quando la donna non è più giovane e allora si comprende come Seitz dia il 5 % di donne diabetiche in età fertile in cui si verifica una gravidanza. Sono dunque poche le donne gravide diabetiche che capitano all'osservazione degli ostetrici. Le eventualità più frequenti nella diabetica grave sono l'aborto e il parto prematuro per cui solo il 50 % dei feti di donne diabetiche nascono vivi e di questi l'80 % muoiono dopo la nascita (Cron) e nei rapporti materni è più grave la morbilità e la mortalità. Ciò sta a dimostrare la gravità del diabete in gravidanza e la difficoltà in clinica che il pancreas fetale con la sua iperfunzione riesca a modificare il corso della malattia materna, fatto però ben accertato clinicamente e confermato con l'esperimento. Difatti si è estirpato il pancreas in gravidanza in cagne all'ultima settimana di gestazione e non si è vista seguire glicosuria, con glicemia normale, fino a che i feti sono rimasti nell'utero materno: avvenuto il parto si è verificato glicosuria e iperglicemia (Carlson Drennan, Orr, Ginsburg, Lafon ecc.).

Secondo Hammar, solo dalla metà della gestazione si inizia il significato fisiologico delle isole di Langherans che Banting e Best hanno trovato, in feti nati da donne glicosuriche, fino a 12-20 volte aumentato più del normale, mentre Paroli ha trovato la presenza di insulina attiva progressivamente dal V° mese di vita intrauterina. In assenza della funzione del pancreas materno, prima dello sviluppo delle isole endocrine funzionanti del feto, madre e feto presentano iperglicemia. Dopo lo sviluppo delle isole endocrine funzionanti, solo la madre presenta iperglicemia finchè le isole endocrine fetali non hanno assunto una massa determinata in rapporto al pancreas materno. Quando queste isole hanno raggiunto la massa minima richiesta, anche la madre è preservata dall'iperglicemia ma non dalle alterazioni della funzione glicogenica del fegato (Hammar).

Tornando alla clinica, anche quelle forme rarissime di diabete (Durieux Lop) che insorgono in gravidanza fugacemente fra il V°-VI° m. possono avere questa spiegazione che la gravidanza bisogna che agisca per un certo tempo per influire sulle predisposizioni costituzionali perchè si manifesti il diabete e viceversa nell'ultimo periodo della gestazione i sintomi clinici del diabete scompaiono perchè interviene il pancreas fetale a ristabilire l'equilibrio.

L'ipotesi che l'iperfunzione pancreatica del feto sia globale — sia interna che esterna — dà anche spiegazione di quei casi in cui nella donna diabetica si riscontra una macrosomia fetale da mettere in rapporto (Bar) con la possibilità di utilizzazione da parte del feto della notevole quantità di zucchero che affluisce giornalmente nel sangue fetale mediante l'iperglicemia materna. La prova sperimentale tentata da Corda di rendere iperglicemici degli animali gravidi per avere dei feti macrosomi non ha dato risultato positivo per l'intolleranza degli animali, ma in clinica il fatto è provato fino ad avere da donne diabetiche feti superanti i 7 kg. Resta ancora a spiegare perchè questi feti macrosomi, anche prescindendo dal trauma del parto per la macrosomia, siano dei « piccoli colossi dai piedi di argilla » come si è espresso Fruhinsholz, per l'enorme contributo che dànno alla mortalità fetale. Crediamo di poter individuare la causa nel nel passaggio della madre al feto di sostanze chetogene (acido β-ossibutirrico, acetone, acido diacetico) che agendo sui centri nervosi fetali (cardiaci e respiratori) li intossicano e li rendono inadatti a funzionare, anche quando il feto non presenti, come si può verificare, note patologiche consistenti in idrocefalia, ascite, affezioni del ricambio, (diabete congenito). La prognosi per la madre e per il feto ha molto migliorato con l'uso della insulina, tanto che già nella relazione di Gentili nel '25 alla Società Italiana di Ostetricia e di Ginecologia si legge una fortunata statistica di Von Norden che in 37 diabetiche gravide non ha avuto a deplorare nessun insuccesso. Recentemente (1933) Ronsheim viene alla conclusione che con un trattamento appropriato e la cooperazione da parte della donna la mortalità fetale sarebbe notevolmente diminuita. Pertanto gli studi sulla glicemia fetale e sulla secrezione esterna pancreatica possono portare notevole luce nella risoluzione di problemi

importanti della fisiopatologia del neonato e vanno ricollegati allo studio della diastasi pancreatica in gravidanza dove. analogamente a quanto abbiamo detto per il neonato, trovando come abbiamo già affermato, dei valori più alti della norma, riferibili specialmente allo stato gravidico, possiamo pensare a una iperfunzione pancreatica sia esterna che interna, sebbene qualche A. a riguardo di quest'ultima non sia di questo avviso (Sirtori, Falco, in parte Gentili). L'iperfunzione interna si accorda con gli studi di Allen che ha cercato di dimostrare che ogni tessuto in formazione consuma insulina e perciò l'iperfunzione interna pancreatica in gravidanza sarebbe spiegabile con i bisogni del feto che troverebbesi in condizioni di consumare moltissima insulina. Perciò lo studio della funzione pancreatica oltre che allo scopo di saggiare il potere digestivo e assimilativo degli idrati di carbonio nella donna gravida e rivelare indirettamente alterazioni funzionali epatiche, come dicevamo nel nostro precedente lavoro, può servire a rilevarci un altro importante rapporto materno fetale.

* * *

Possiamo perciò concludere che lo studio della diastasi pancreatica del neonato e lo studio della diastasi della gravida si integrano a vicenda: lo studio della diastasi pancreatica ci permette di investigare, sia nella donna gravida che nel neonato, la funzione esterna pancreatica e indirettamente la funzione pancreatica interna. Il valore diastasico del neonato, superiore alla norma, ci dà ragione della possibilità per il feto di bruciare abbondantemente il suo glicogeno epatico, trasformandolo in glucosio per sopperire al bisogno, maggiore che nell'adulto, di produrre calore in ragione della sua maggior superficie corporea in confronto dell'adulto, prima che il neonato possa provvedere al suo bisogno energetico mediante il latte materno.

L'iperfunzione pancreatica esterna del neonato ci induce a ritenere, in via indiretta, che esista una iperfunzione pancreatica interna, il che ci spiega quella eventualità clinica di donne migliorate o guarite di diabete nell'ultimo periodo della gravidanza per compenso stabilito mediante la secrezione interna del pancreas fetale. L'iperfunzione globale pancreatica del neonato, sia interna che esterna ci spiega da ultimo la possibilità che ha il feto di approfittare della iperglicemia materna per il suo accrescimento, fino alla macrosomia.

RIASSUNTO.

L'A. in 20 neonati ha ricercato il comportamento della diastasi sanguigna nella prima settimana di vita. I valori trovati, più alti che nell'adulto, vengono messi in rapporto col bisogno del feto di utilizzare alla nascita le riserve di glicogeno.

Indirettamente sono presi in considerazione il diabete in gravidanza e la macrosomia fetale.

BIBLIOGRAFIA.

Cantoni. *Della secrezione esterna del pancreas in grav. e in puerp.* Folia Gynaec., 1921, IV.

Croci. *La glicemia nel campo ostetrico e ginec.* Stabilim. Tipogr. per l'Amministrazione della Guerra, 1923.

Antonelli. *Lo stato del panc. in grav.* Tip. Perrotti, Napoli, 1924.

Gentili. *Malattie del sistema endocrino e grav.* Atti della Soc. It. di Ost. e Gin., 1925.

Martinolli. *Sul tasso glicemico del neonato e della madre.* Ibid., 1925.

Ferracciu. *Contributo allo studio della funzionalità pancreatica nella gravida.* Folia Gynaec., 1926.

Ottenstein. Biochim. Z., 1931, 350.

Peckham. *Diabete mellito e gravid.* Johns Hopkins Hosp. Bull., Baltimora, sett. 1931.

Elman. *L'amilasi del sangue in relazione con le affezioni del p.* Archives of internal medicine, nov. 1931.

Scarpitti. *Sulle alterazioni anatomiche e funz. delle isole di L. in gr.* Ann. di ost. e gin., 1932, n. 12.

Giomelli. *Reazione iperglic. insulinica in grav. e puerp.* Rass. di Ost. Gin., 1932, V.

Rosenloecher. *Mutamenti del panc. durante la grav. nelle donne e negli anim.* Archiv f. Gyn., 1932, nov., Berlin.

Iacono. *Secrezione est. del panc. nel diabete.* Policlinico, Sez. pr., 25 genn. 1932.

Branisteanu-Bontroux. *Contributo allo studio dell'eliminaz. dell'amilasi urinaria in diversi casi normali e patologici.* Maladies de l'appareil digestif, giugno 1933, n. 7.

Rondoni. *Elementi di biochimica.* Un. Tip. Ed. Torinese, 1933.

Levi. *Contributo allo studio dell'organo insulare in grav.* Ann. Ost. Gin., 1933, VI.

G. Katsch. *Diastase in Blut.* Münchener Mediz. Wochen., aprile 1934.

Wolgemuth. Citato da Katsch nel lavoro sopra indicato.

V. Marzetti. *La diastasi pancreatica nello stato gravidico.* Policl., Sez. prat., ott. 34, 424.

Gasparrini. *Pancreatiti acute e croniche.* Pozzi.

Landogna-Cassone. *Le curve glicemiche.* Pozzi, 1934.

De Toni. *La costituzione chimica del sangue del neonato e del lattante.* Arch. it. di Pediatria e Pueric., vol. VII, fasc. I, 1933.

Levy B. *Blutzuckeruntrsuchungen im arteriellen und venösen Nabelschnurblut und in den ersten sechs Lebenstargen.* Inaug. Dissert., Leipzig, 1931.

E. P. Ioslin. *A diabelic manual.* Philadelphia.

R. Bompiani. *Fisiologia e patologia clinica dello stato puerperale.* Pozzi, 1935.

NOTE E CONTRIBUTI

Note sui morbi fiancheggiatori della tubercolosi.

L'influenza può lei stessa aprire la strada alla tubercolosi polmonare?

(Inizi influenzali veri e non inizi pseudoinfluenzali).

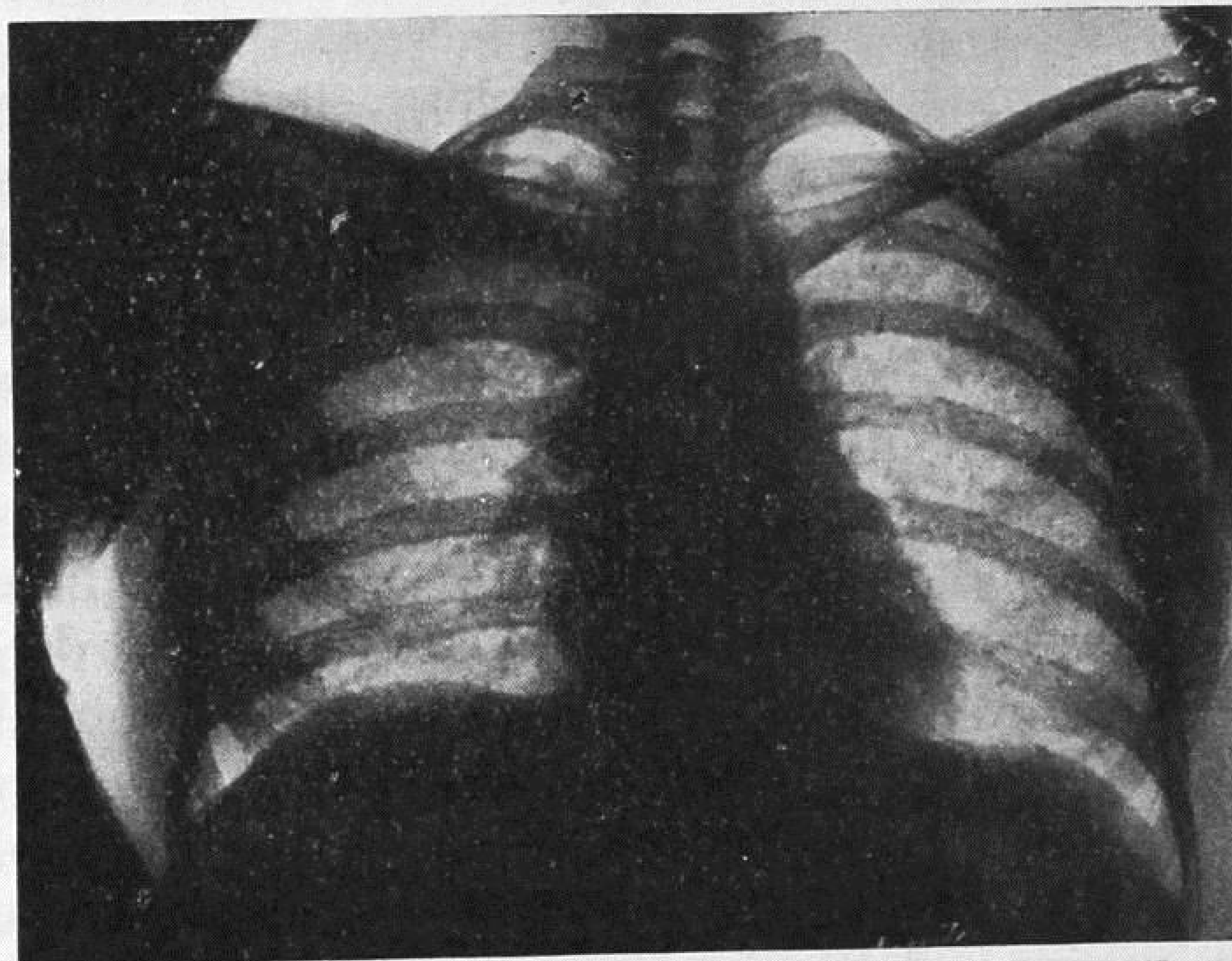
Prof. ARTURO CAMPANI, Direttore Medico del Consorzio Prov. Antitubercolare - Modena.

È luogo comune ormai il parlare di inizio influenzale della tubercolosi, ma è altrettanto comune che questa dizione, specie di aforisma, venga a significare il rivelarsi di una tubercolosi polmonare, in genere infiltrata precoce, sotto il mentito aspetto di influenza, della quale prende a prestito i segni iniziali. Orbene alla luce di un esame un po' approfondito se moltissimi sono stati i casi nei quali l'infermo disse di aver cominciato il suo male dopo un'influenza, di rado abbiamo potuto convincerci che ciò fosse avvenuto *fuori dei veri periodi epidemici di essa*, naturalmente astraendo da quelle crisi febbrili le quali ogni tanto colpiscono i tubercolosi in genere, e in particolare quelli del 4° tipo della mia classifica (bronco-alveolite fibro-caseosa a tappe febbrili distanziate) e che i malati per eufemismo vogliono sempre chiamare influenza, senza che ce ne sia alcun sintomo caratteristico. In altre parole pensiamo che sia la *vera influenza* quella che possa dare il colpo di frusta rivelatore di uno stato tubercolare preesistente o che essa sia forse creatrice del morbo specifico per reinfezione endogena o esogena. Naturalmente in materia di tal genere si potrebbe sempre sostenere la coincidenza dei fatti, specie nei mesi freddi, che dovrebbero essere dannosi anche come predisponenti alle malattie tubercolari: però pur in via teoretica la cosa è dubbia, perchè se noi ben riguardiamo le statistiche di morbosità e di mortalità tubercolare vediamo subito come non siano punto il gennaio, febbraio e marzo i mesi che segnano aumenti: sono invece generalmente di più l'aprile e il maggio. Quindi la stagione non credo per sè medesima possa interferire nel fenomeno.

Ma a parte i ragionamenti, più o meno logici, su basi statistiche mi piace riferire un esempio tratto fra i molti e che presentiamo ai colleghi dispensariali come base di osservazioni ulteriori.

In periodo influenzale ordinario, giacchè non si trattava di *spagnola*, ma di quei comuni stati epidemici che si ripetono quasi ogni anno, per lo più dalla fine di gennaio alla fine di marzo, a causa microbica indeterminata — forse variabile — una famiglia di robusti contadini, con ereditarietà però positiva da parte materna, (donna diabetica polisarcica morta in quella casa tre anni prima per tubercolosi galoppante) viene colpita quasi contemporaneamente dalla malattia in forma piuttosto violenta: *di undici* membri, più un servitorello, ben nove vengono a trovarsi a letto *contemporaneamente o quasi*, con corizza, bronchite, cefalea, epistassi ecc. Le forme sono poco dissimili l'una dall altra e la durata febbrile varia da un minimo di 4 giorni ad un massimo di venti.

Sembra che tutto finisca e che la ventata morbosa sia passata bene quando circa due settimane dopo mi vien condotta per esame la figlia maggiore, M. Maria, la quale dice di sentirsi ancora poco bene. È una ragazzona robusta, bella, come del resto quasi tutti i famigliari, senza tracce di deperimento, neppur temporaneo. Non era mai stata ammalata prima dell'influenza che il medico curante descrive uguale a quella dei famigliari. Accusa cefalea, qualche raro colpo di tosse e perdita di forze.



Tubercolosi miliare subacuta durata 5 mesi in giovane donna robusta. Inizio nettamente influenzale in periodo epidemico avendo la malattia colpito in modo eguale nove membri della famiglia. Morte per meningite.

Ad un esame sommario non rilevo altro che lieve debolezza di respiro a destra e crepitii marginali. Si pone la ragazza in osservazione, ma dopo un mese, persistendo i sintomi, faccio l'esame radiologico e trovo il quadro, qui rappresentato, di tubercolosi *miliare subacuta*, quadro di per sè interessante perchè a durata assai prolungata.

Da allora nessuna sosta nel processo e morte per meningite finale al 5° mese.

Naturalmente, appena scoperta la malata, di-

spongo per visita dispensariale radioscopica e radiografica di tutti i componenti della famiglia, domestico compreso, e trovo tra tutti una *sorella* con *infiltrato precoce sinistro* e complesso primario antico di destra. Negli altri qualche calcificazione, ombra ilare ingrandita, accenno a stato di tramite linfatica, ma senza veri segni apprezzabili che diano sospetto di forma in atto.

La ragazza così scoperta viene curata ed ora sembra in via di guarigione. Essa pure dalla data dell'influenza era sempre rimasta tossicolosa, mentre prima aveva mantenuto ottima salute, almeno nell'adolescenza. Da piccina qualche catarro bronchiale.

La ricostruzione dei fatti è abbastanza facile e dimostrativa. l'epidemia di vera influenza (sarebbe enorme pensare che in tutti i componenti della famiglia ci fosse stato un inizio tubercolare pseudo-influenzale abortivo e non riconoscibile ai raggi dopo un mese) ha colpito tutti, ma ha aperto la strada alla tubercolosi, il cui germe esogeno o endogeno esisteva in casa dalla morte della madre, solamente per due membri, che con ogni probabilità erano in condizioni immunitarie in quel momento precarie, donde il seguito morboso non verificatosi invece negli altri membri.

La responsabilità quindi deve essere data al secondo coefficiente del binomio, senza del quale la tubercolosi sarebbe forse rimasta latente, magari per sempre, poichè le condizioni di resistenza immunitaria possono variare anche dopo breve tempo. E non è neppure da escludersi, almeno per la forma miliare, che fosse mancata la prima infezione, così da trovare l'organismo vergine e passibile di una infezione primaria massiva, cosa non sostenibile invece per il secondo caso, ove era netto il reperto del complesso primario antico. Ciò a conferma della tesi che da tanto tempo sostengo essere quasi sempre indispensabile allo sviluppo della t. p. clinica una malattia *di apertura*.

A complemento vorrei in linea pratica far rilevare (non so se questo sia già stato detto da altri, ma per me non si tratta di semplice coincidenza) che ho spesso trovato casi di grave e manifesto contagio in famiglie dove per la prima volta la malattia era sopravvenuta in un genitore fattosi tubercoloso in seguito a diabete. E ciò accade in genere in soggetti prima corpulenti e a derivazione robusta: la tubercolosi esplode violentissima e non solo purtroppo nel diabetico stesso, ma poi nei famigliari, forse anche per speciale virulenza dei bacilli in questi iperglicemici. Ciò meriterebbe ricerche speciali.

Qui intanto noto il fatto perchè mi sembra la cosa non priva di interesse specie dopo tanti lavori, invero poco conclusivi, sulla glicemia nella tubercolosi.

RIASSUNTO.

L'A. ritiene che una tubercolosi del polmone la quale inizi dopo un'influenza in periodo epidemico sia la conseguenza diretta dell'infezione influenzale per risveglio endogeno o infezione esogena, se in ambiente tubercologeno — e non una tubercolosi autoctona ad apparenze influenzali. A sostegno della propria tesi porta casi dimostrativi.

Le concomitanze epidemiche nella scarlattina.

Tonsilliti, flemmoni tonsillari, eresipele, febbri puerperali.

Dott. PIETRO TILLI,

medico-chirurgo del Governatorato di Roma,

Mi è apparso degno di interesse, la costanza con la quale ho visto le varie epidemie di scarlattina osservate dal 1909 al 1934 accompagnarsi sempre con le medesime malattie, — tonsilliti, peritonsilliti flemmonose o ascessuali, eresipela, infezione puerperale, ecc., — che per il numero dei colpiti apparivano come *vere epidemie comites*.

I fatti che mi accingo a ricordare, riguardano appunto quattro epidemie scarlattinose svoltesi in piccoli paesi rurali o industriali e due manifestazioni sporadiche di scarlattina in quartieri periferici di Roma. Mentre per le prime quattro io ebbi sotto la mia osservazione la morbilità totale di tutta la popolazione; per le ultime due essa fu costretta nei limiti del settore dei poveri. Perciò le prime per la loro maggior completezza di fronte alle seconde hanno per me un maggior valore.

Intanto per comodità di raffronto ne riepilogo i dati nel quadro alla pagina seguente.

NOTE SULLE EPIDEMIE.

Le sei osservazioni, di cui i dati numerici ho riassunti, come ho detto vanno considerate in due gruppi distinti:

Nel primo gruppo porremo le quattro verificatesi in piccoli comuni e caratterizzate da vero andamento epidemico della scarlattina.

Nel secondo ricorderò i casi di scarlattina che, sebbene sporadici nelle due zone periferiche di Roma, pure coincisero con le altre malattie che ci riguardano. Nel primo gruppo

	Comune di	Abit.	Anno	Scarlattina	Tonsilliti	Peritonsilliti	Eresipela	Infez. Puerp.	Osservazioni
1	Civitella Messer Raimondo	1989	1909	51	70	8	4	2	
2	Fara San Martino	2150	1909	8	28	2	0	1	Osservazione di 15 giorni
3	Gessopalena	3400	1917	115	189	16	21	5	
4	» »	»	1923	24	68	10	8	4	
5	Roma (Appio-Casilina)		1933	8	41	3	4	0	Mastoiditi 3
6	Roma (San Pancrazio)		1934	4	12	2	0	1	Otiti media 1

io ebbi sotto la mia giurisdizione tutta la popolazione dei tre comuni e per tutte le manifestazioni morbose; mentre nel secondo gruppo le mie mansioni si limitavano al settore dei poveri delle due zone e per alcune malattie soltanto. Nel primo gli infermi di scarlattina furono curati in famiglia senza possibilità di isolamento; nel secondo appena riconosciuti affetti dal male venivano isolati.

Converrà ora passare in rassegna per sommi capi le singole epidemie di scarlattina da me viste.

1) In *Civitella Messer Raimondo* (Chieti), dal marzo al luglio 1909, su circa duemila abitanti si ebbero 51 scarlattinosi, con mortalità zero. Epidemia singolarmente benigna, senza complicanze di sorta presso tutti i pazienti. I tonsillitici, eccetto che nelle peritonsilliti che richiesero spesso l'intervento, non presentarono gravità, apparivano come tonsillite acuta lacunare con punti grigio giallastri sulle cripte che unendosi formavano membrane grigiosporche. Guarirono bene tutti senza sieroterapia. I casi di eresipela furono tutti del volto e del cuoio capelluto; particolarmente grave quello di una vecchia, la quale per la terza volta ricadeva nello stesso male sofferto negli anni precedenti per due volte. Per gli altri tre l'eresipela rappresentava il primo attacco. Le due donne con infezione puerperale decorsero con esito felice. Aggiungerò che il loro parto fu normale. Inoltre, ricordo che nei due anni e quattro mesi di mia permanenza in quel comune non ebbi a vedere altre infezioni in puerperio.

2) In *Fara San Martino*, comune di oltre 2000 abitanti, più industriale che agricolo, io mi trovai come interino per quindici giorni nel giugno a sostituire il compianto dott. T. Menna e i dati che riporto nel quadro si riferiscono a questo breve periodo, — perchè poi l'epid. scarlat. si protrasse per tutta l'estate dello stesso anno, svolgendosi con particolare malignità e notevole mortalità; e il Menna fu oberato di lavoro per le concomitanti numerosi tonsilliti, peritonsilliti, eresipele e puerperi infetti. Un fatto richiamò la mia attenzione, la morte avvenuta proprio nei primi giorni di due sorelle, una più piccola per scarlattina, l'altra giovinetta per tonsillite flemmonosa maligna inutilmente curata con la sieroterapia antidifterica.

3) *Gessopalena* (prov. Chieti), anno 1917. Questa è stata l'epidemia scarlattinosa più importante che io mi abbia osservato e seguita con la maggior attenzione, fatto accorto dalla precedenti constatazioni. La mortalità fra gli scarlat. toccò quasi il 30 %. I tonsillitici, i peritonsillitici guarirono tutti, pur avendo proscritto dalla cura il siero antidifterico, dato l'aspetto clinico delle angine che facevano escludere la difterite. Anche le puerperali ebbero esito felice. Solo fra gli erisepelatosi perdetti una donna, una tal Sambuco di oltre 30 anni, con localizzazione diffusa del volto e cuoio capelluto e migrazione finale pneumonica destra. Molti gli scarlattinosi con complicanze serie sulla gola con susseguenti adeniti e flemmoni laterocervicali, nefritici non mancarono; ma solo le forme ipertossiche furono rapidamente mortali.

Voglio ricordare fra i deceduti, un bambino di circa sei anni un tal Damelio, il quale morì appena 48 ore dopo dall'inizio del male; importante, perchè nella stessa famiglia dopo 4 giorni dal suo decesso una zia contrasse flemmone tonsillare che richiese l'intervento, — e dopo dieci giorni circa la madre dello stesso bimbo presentò eresipela della faccia e del cuoio capelluto particolarmente grave, da cui a stento guarì —. Degno anche di menzione, sotto un altro punto di vista, appare il

caso di scarlattina nella ragazza Melchiorre, quasi dodicenne, la quale diversi anni prima per flemmone sottomascellare a tipo di angina di Ludwig, presentò un accentuato esantema scarlattiniforme generale che scomparve 24 ore dopo il taglio e lo sbrigliamento del flemmone. Sicchè la prima eritrodermia scarlattiniforme da sepsi non valse a immunizzarla verso la vera scarlattina che regolarmente contrasse in periodo epidemico.

4) *Gessopalena*, anno 1923, epidemia particolarmente mite, i casi più gravi li osservai al termine di essa, e non sempre questi presentarono fatti renali, non vi fu mortalità nè fra gli scarlattinosi puri, nè fra i tonsillitici, nè fra gli eresipelatosi. Solo una donna, una Della Franca in Lannutti, morì; essa ebbe puerperio settico, accompagnato da esantema scarlattinoso classico, con lingua caratteristica e facies; vera scarlattina, (intervenuta circa una settimana dopo la sepsi uterina bene individuata in loco), dimostrata dal suo aspetto clinico, dall'epidemia in atto e dagli antecedenti anamnestici negativi per la scarlattina.

5) *Roma*, zona Appio-Casilina, dal 1 marzo al 30 aprile ebbi a vedere 8 scarlattinosi, subito isolati, disseminati nella zona e così scaglionati nel tempo (uno nel 2/3, due nel 10/3; uno nel 24/3, uno nel 28/3, e quindi uno per ciascuno dei giorni 7/4, 16/4, 22/4). In questo stesso periodo di tempo vidi 41 angine acute non difteriche, comprovate dai tamponi negativi, 3 flemmoni peritonsillari, 3 mastoiditi acute, un otite media acuta, 4 eresipele. Quanti altri scarlattinosi si ebbero fra gli abbienti e sfuggiti al mio controllo durante lo stesso periodo di tempo? E fra essi, quale il numero degli infermi per le malattie che ci riguardano?

6) *Roma*, zona di San Pancrazio. Dal 10 ott., al 30 nov. 1934 vidi 4 scarlattinosi inviati all'isolamento (due il 15/10, uno il 31/10, uno il 12/11), contemporaneamente i casi di tonsilliti acute banali presentavano maggior gravità, si ebbero 2 casi di flemmone peritonsillare e una parametrite acuta puerperale.

Per queste due ricorrenze sporadiche di scarlattina in zone urbane va qui ricordato che l'isolamento degli infermi evitò il largo diffondersi epidemico del male. Per i tonsillitici di queste due zone i tamponi prelevati furono negativi per la difterite.

Per tutte poi le epidemie in discorso non furono potute eseguire le necessarie ricerche batteriologiche probative.

In tutte le epidemie di scarlattina citate, *le epidemie comites* di tonsilliti peritonsilliti, eresipele, infezioni puerperali, ecc., si avverano alcune volte nella famiglia dello scarlattinoso; ma molto spesso anche in altre famiglie. Tali malattie concomitanti inficiarono soggetti che nella infanzia avevano già sofferto la scarlattina; non vidi mai in essi, neppure in modo fugace, ripetersi efflorescenze eritrodermiche scarlattiniforme.

Le mie osservazioni su questo fenomeno epidemiologico furono possibili con maggiore compiutezza nelle prime 4 epidemie, allorchè per la mia duplice funzione di medico-condotto e di ufficiale sanitario avevo sott'occhio l'intera popolazione dei comuni. E colleghi nelle mie stesse condizioni di esercizio poterono confermare a pieno con la loro personale esperienza, (Dr. Rossi di San Giovanni Lipioni, il dr. E. Devincentiis di Casoli, dr. C. Talone di Roccascalegna, provincia di Chieti).

Ma anche altrove si può leggere qualche osservazione in parte similare.

Infatti il Cochetti riferisce di essere stato colpito durante una epidemia di scarlattina dell'infierire di tonsilliti con spiccata frequenza fra gli adulti delle famiglie degli scarlattinosi, esternando il dubbio su di una origine infettiva comune.

Il Duliscouet osservò in un reparto chirurgico ospedaliero lo svilupparsi di streptococcie diverse e batteriologicamente controllate nel mentre ivi si verificano sei casi di scarlattina, (pleurite purulenta, mastoidite, di Bezold, otiti, ascessi tonsillari, eresipela fra i degenti).

Ora tali fenomeni epidemici, ripetentesi con costanza ogni volta in luoghi e in ambienti tanto diversi e disparati, non possono esser ritenuti come banali coincidenze casuali; essi meritano ben altra valutazione sia dal punto di dottrinale; sia dal punto di vista pratico.

CONSIDERAZIONI.

Le nostre considerazioni debbono scaturire dai fatti epidemiologici surriferiti e osservati da me e da altri, messi in correlazione con i fattori etiologici presunti, o noti *delle malattie viste in concomitanze epidemiche con la scarlattina.*

Per la *scarlattina*, non ostante i passi importanti fatti, non ancora si giunge ad un accordo definitivo sul conto del vero agente infettivo, buone ragioni militando in favore delle varie vedute esposte dai singoli ricercatori, come annotano Pontano, Puntoni, Coste e molti altri. Vi sono i partigiani di un virus filtrabile e fra essi il Cantacuzène. Mentre lo

Zlatagaroff parla di filtrati orali di scarlattinosi, da cui si possono ottenere diplogranulazioni, giammai trasformabili in streptococchi. Nè vanno dimenticati gli studi sull'argomento di Caronia e Sindoni. Hirch e Caesar affermano che la scarlattina è una malattia legata a due microrganismi, il bacillo di Mandelbaun (uno pseudodifterico) con lo streptococco emolitico. Più antica è la nozione che nelle scarlattine si rinvenga lo streptococco emol., tanto che AA. americani Dick e Dochez hanno dato allo strep. un valore etiologico assoluto, sostenuti ultimamente anche dal Friedmann.

Per le *angini* (*tonsilliti, peritonsilliti* flemmonose, o ascessuali) pacifica è una etiologia streptococcica, il più delle volte mista con altri germi, molto più raramente pura.

L'*eresipela* ripete la sua genesi dello streptococco di Fheleisen, il quale, se non può essere nel campo della batteriologia distinguibile dagli altri strep. emolitici, pure in clinica si dimostra con la sua ben nota fisionomia.

Per le *febbri puerperali* oramai nessuno più discute sulla loro genesi polimicrobica e fra essi dell'importanza dello strept. Widal, Clivio Monti, Courmont, Doleris, Lepage, Pestalozza, ecc.

Conclusivamente quindi nella etiologia della scarlattina, delle angini, della eresipela e delle infezioni puerperali il fattore streptococcico è sempre in atto e operante, vuoi da solo, vuoi in concorso di altri germi e virus.

Dato il fulcro similare microbiologico in azione patogena, spiegabile è che una interdipendenza etiologica possa coesistere fra queste malattie per un loro sviluppo in epidemie. E altri fatti descritti dagli AA. conforterebbero questa tesi.

Infatti il Pontano ricorda che le indagini epidemiologiche dimostrano che in mezzo agli scarlattinosi può sorgere il semplice anginoso e che da anginosi derivano talora filiazioni di scarlattina. Le Lorier, Tzanck e Dalsase riferiscono di inferme di febbri puerperali guarite mediante la immunitrasfusione di sangue di datori guariti di recente dalla scarlattina. Più difficile per il Lepage sarebbe stabilire il nesso fra le infezioni puerperali e scarlattina; il che significa che a un tale rapporto l'autore pensa. Chabrol e Weitz riportano una epidemia streptococcica famigliare di 7 ammalati che si trasmisero l'un l'altro 1 eresipela, delle angini, 1 ittero, 1 artrite, 1 setticemia, dei quali 5 guarirono con la cura specifica antistreptococcica. Il Delavergne è più reciso su l'argomento. Egli, passando al crivello della critica i dati etiologici concernenti le streptococcie, ammette la contagiosità di tutte le infezioni str., e *la loro successione sotto apparenze cliniche polimorfe.* E lo stesso Pontano, scrivendo sulle setticemie streptoc., considera le tonsilliti, le otiti, le linfoadeniti, le eresipele, le endometriti come facienti parte di una sola famiglia.

Ma a questo polimorfismo di manifestazioni cliniche corrispondono strept. individuali male per male? In batteriologia rispondono: no (Puntoni), perchè lo strept. per ora costituisce quel tale malfamato gruppo svariato di razze molto diverse fra loro che pel momento è restìo a lasciarsi incasellare.

Accennati così per sommi capi e riavvicinati fatti e osservazioni di alcuni AA., senza alcuna pretesa di aver raccolto la vasta letteratura sull'argomento, intima appare la connessione fra le malattie oggetto del presente studio; e perciò anche le sequele e le concomitanze epidemiologiche appaiono più che naturali. Anzi, se meraviglia è a fare, si è che su tale fenomeno non si sia richiamato l'attenzione con insistenza, quasi si trattasse di una quantità trascurabile in patologia medica e in tema di profilassi generale.

Tanto vero che le misure di salvaguardia nelle ricorrenze epidemiche di scarlattina sembrano prese sotto l'angolo visuale della pericolosità sociale di questa malattia presa in sè e per sè; e non per il corteo epifenomenico epidemiologico di una serie di altri mali ugualmente incisivi sulla morbilità, sulla mortalità, e sul demografismo generale.

Ai lumi di quanto abbiamo riferito ci rimane ora da considerare le nostre epidemie nelle loro reciproche connessioni di filiazioni come vere streptococcie comites della scarlattina. Poichè ripetutamente abbiamo assistito al fatto, che *durante le epidemie di scarlattina, tutte le malattie che ripetono una loro origine streptococcica abbondano e possono assumere un vero andamento epidemico.*

Al riguardo possono avanzarsi delle ipotesi:

1) L'agente della scarlattina (virus, o strept.) esalta il potere patogeno degli streptococchi in genere;

2) l'agente della scarl. minorerebbe la resistenza organica anche in quegli individui, i quali per aver sofferto già la scarlattina non ne presentano più che solo raramente le manifestazioni cutanee. (Rammentare i casi rari di scarlattina specifica, Pecori). Ma intanto essi

diventerebbero iperrecettivi nel senso di Zironi alle poliforme manifestazioni patologiche da streptococchi;

3) infine l'agente della scarlattina agirebbe ad un tempo, vuoi esaltando la virulenza degli strept., vuoi minorando la resistenza umana, sensibilizzandone l'organismo, favorendone di conseguenza per duplice motivo l'attacco degli strept.

Queste deduzioni ipotetiche se andavano fatte per ragioni di futuri studi, non ci possono distogliere la mente da considerazioni di ordine pratico e di immediata attuazione.

È su questa parte intendo insistere.

Lo scarlattinoso per la profilassi non va più riguardato dal pratico come un semplice trasmettitore di scarlattina; ma anche come un potenziatore di svariate streptococcie. Perciò le misure da adottarsi dovranno essere più energiche e generali:

sia nei riguardi dello scarlattinoso;

sia nei riguardi del personale assistenziale;

sia nei riguardi della famiglia dell'infetto;

sia nei riguardi delle donne incinte.

In special modo per quest'ultime sarebbe da valutare, se praticare sistematicamente una vaccinazione preventiva antistreptococcica, da estendersi eventualmente alle ostetriche, alle quali in ogni caso andrebbe imposto durante l'assistenza al parto, oltre le norme consuete di asepsi, anche l'uso costante della maschera pel volto.

Conclusioni.

Dalle osservazioni surriferite risulta:

1) che le epidemie di scarlattina vengono accompagnate con costanza, quasi direi elettiva da altre epidemie di genesi streptococcica, come le tonsilliti, le peritonsilliti flemmose e ascessuali, le eresipele, le febbri puerperali ecc.;

2) le citate streptococcie incidono su tutti gli abitanti durante le epidemie di scarlattina; esse si verificano tanto nelle famiglie degli scarlattinosi, quanto in qualsiasi altra famiglia;

3) tale complesso epidemiologico va tenuto nel debito conto ai fini di una profilassi generale da eseguirsi in vista di questa esaltazione streptococcica;

4) in modo, singolare, durante queste epidemie, va tutelata la donna incinta e vigilata la partoriente e la puerpera, adottando a loro difesa i provvedimenti per allontanare i possibili contagi e immunizzarle contro gli strept.

Dato il fine pratico di questa comunicazione, di proposito non ho voluto toccare l'argomento, se i fatti da me riferiti, suffragano nei riguardi dell'etiogenesi della scarlattina le vedute dei sostenitori dell'origine streptococcica di essa, contro coloro che pensano ad altro virus specifico.

Ad ogni modo, se i fatti clinici da me ricordati, non corroborati dalle necessarie ricerche batteriologiche, non possono consentire ad ammettere affermazioni recise di qualsivoglia senso, tuttavia impongono nella pratica l'adozione tempestiva di misure difensive di tutela.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver ricordato una serie notevole di epidemie di scarlattina, accompagnate costantemente da altre, quali le tonsilliti, le peritonsilliti flemmose e ascessuali, le eresipele, le febbri puerperali ecc., invoca una più efficiente profilassi generale e consiglia norme di difesa per la donna incinta e per la puerpera.

Roma, 13 marzo 1935-XIII.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

Cantacuzène. *Comple-rendu du Congrès international de microbiologie*, settembre, 1930.

Chabrol e Weitz. *Una epidemia famigliare di streptococcie*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 24 aprile 1931.

Clivio, Monti. Trattato di Ostetricia di Pestalozza e altri.

Coste. *Sull'etiologia della scarlattina*. Presse médicale, n. 95, del 26 febbraio 1931.

Cochetti. *Su di una epidemia di scarlattina*. La Medicina Pratica, anno 1923.

Dick, Dochez. Manuale di Microbiologia di Puntoni, pag. 243.

Dolèris e Krönig. Nel trattato di Ostetricia di Ribmont-Dessaignes e Lepage.

Duliscuet R. *Streptococcie e scarlattina*. Presse Médicale, anno 1932, pag. 1032.

Friedmann. *Compte-rendu du Congrès internat. de microbiologie*, 3 settembre 1930.

Hirsch Caesar *Sulla etiologia della scarlattina*. In Rassegna Inter. di Cl. e Ter..

Le Lorier Tzanck e Dalsase. Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynec., novembre, 1930.

Lepage e Ribmont Dessaignes. Traité d'obst.

Pecori G. *Le recidive multiple della scarlattina*. Policlinico, Sez. Prat, 13 settembre 1926.

Pestalozza. Trattato di ostetricia.

Pontano T. *Le malattie da infezioni*. Idelson, anno 1932.

Puntoni V. Manuale di microbiologia medica, anno 1930.

Sindoni e Caronia. *Ricerche sull'etiol. della scarlattina*.

Zironi. *Come si contraggono le malattie infettive*. Istit. Sier. Milanese, 1930.

Zlattogaroff. *Compte-rendu du Congrès Inter. de microbiologie*, 3 settembre 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE COLONIALE PRINCIPALE
VITTORIO EMANUELE III DI TRIPOLI
REPARTO MEDICINA.

Il carbone animale endovenoso nel trattamento delle suppurazioni del polmone e della pleura.

Dott. M. TRIPODI, primario medico.

In seguito agli studi di Conklin, eseguiti su animali, E. Saint Jacques per primo fu indotto a servirsi del carbone animale, introdotto per via endovenosa, per il trattamento di alcune malattie nell'uomo. Venivano usate sospensioni di carbone in soluzione fisiologica al 2 % e le malattie trattate, con risultato generalmente brillante, sono state specialmente il reumatismo articolare acuto, l'artrite acuta gonococcica, la prostatite e l'epididimite acuta, la foruncolosi e la colecistite acuta. Il dolore, specie nella prostatite e nell'epididimite acuta sparisce in 48 ore, secondo l'affermazione dell'A., sicchè l'A. considera la terapia del carbone animale come uno specifico di queste due malattie. Nella foruncolosi cronica a ripetizione il carbone dà risultati altrettanto meravigliosi; il dolore è sedato in 36-48 ore ed i foruncoli scompaiono in qualche giorno. Il carbone si è dimostrato anche efficace nelle pielonefriti colibacillari, nelle infezioni puerperali e nelle metrosalpingiti acute. Anche l'irite traumatica, la blefarite acuta, le amigdaliti, le flebiti, le parotiti, l'appendicite acuta, la pielonefrite si gioverebbero di questa terapia. Una cosa sopratutto ha colpito l'A. e cioè che nei casi di infezione puerperale in cui era stato tentato un ascesso di fissazione, dopo l'iniezione di carbone l'ascesso di fissazione non si formò arrestandosi quindi nella sua evoluzione.

L'A. non ha mai registrato incidenti di sorta con questa cura e ritiene che le dosi possono essere anche aumentate senza alcun pericolo specialmente in caso di piaghe, lacerazioni perineali infette ecc.

Il metodo è stato successivamente sperimentato da Touraine e Menestrel specialmente contro varie forme di dermatosi; in luogo del carbone animale essi hanno adoperato il carbone vegetale in sospensione colloidale, che agli AA. è sembrato meglio tollerato e più attivo. I risultati riferiti da questi autori sono quanto mai soddisfacenti. Oltre che nelle dermatosi il carbone è stato da questi AA. sperimentato anche nei casi di adeniti suppurate, di reumatismo infettivo, di eritema polimorfo ecc. con guarigioni talvolta rapide e complete, ed anche in un caso di spirochetosi ittero-emorragica il cui decorso fu notevolmente migliorato.

Più recentemente Sussi ha adoperato il carbone animale in casi di febbri puerperali, di pelviperitonite gonorroica, di pieliti acute in gravidanza e di flebiti puerperali, con risultati generalmente ottimi.

L'impiego favorevole del carbone nelle più svariate forme da infezione mi ha indotto ad applicare tale metodo anche nella terapia delle affezioni suppurative del polmone e della pleura.

I mezzi medicamentosi ai quali finora si è fatto ricorso nel trattamento delle suppurazioni polmonari sono la *sieroterapia*, specialmente impiegata nelle forme gangrenose e putride, dove predomina una ricca flora batterica anaerobica; la *vaccinoterapia* che vanta qualche dubbio successo e che non ha nessuna specificità; la *chemioterapia* cogli arsenobenzoli, di qualche efficacia nelle forme ricche di spirilli e nelle gangrene massive, e col cloridrato di emetina nei casi molto rari di ascesso amebico.

Sono state anche tentate cure endovenose con urotropina e con timolo in soluzioni colloidali all'1 %, l'antivirus Besredka, il neosalvarsan, le iniezioni intratracheali di gomenolo, rivanolo, ecc.

Ma tutti questi metodi, se pure vantano qualche successo, non sono di efficacia costante e si dimostrano utili solo transitoriamente o solo in quei casi che tendono alla guarigione spontanea, come l'ascesso acuto da piogeni. Una prova di ciò può senz'altro vedersi nel numero e nel continuo succedersi delle terapie proposte, ultima delle quali è l'alcoolterapia endovenosa al 33 % che accolta con entusiasmo dai primi sperimentatori, oggi trova molti scettici circa la sua reale efficacia.

Proscritta, per i pericoli a cui dà luogo senza i corrispondenti vantaggi, la collassoterapia mediante pneumotorace, può dirsi in conclusione che il medico ancora oggi non possieda, all'infuori del trattamento chirurgico, nessuna arma che l'incoraggi ad affrontare la cura delle suppurazioni polmonari con sicura probabilità di successo.

Così può dirsi delle suppurazioni della pleura che, tranne in rari casi dominabili con ripetute evacuazioni e lavaggio con liquidi antisettici, sono di dominio esclusivamente chirurgico.

L'impiego in tali malattie del carbone endovenoso mi ha dato invece risultati di utilità

veramente inattesa e la presente nota, poichè non dispongo di un'ampia casistica, è diretta specialmente ad incoraggiare i medici nell'uso di una terapia la cui efficacia, almeno nelle mie mani, non ha confronto con quanto finora si è tentato.

Caso I. — F. Antonio, di anni 37, impiegato. Infezione malarica nel 1930 seguita fino al 1934 da recidive. Trenta giorni fa in pieno benessere è stato colto da dolore all'emitorace destro, febbre alta e continua, tosse secca con scarso espettorato, che è divenuto rapidamente abbondante, di aspetto purulento e qualche volta striato di sangue. La febbre da una quindicina di giorni è divenuta intermittente con brevi periodi di apiressia; perdurando la febbre, accentuandosi il malessere e il deperimento l'a. chiede ricovero in Ospedale.

E. O. Condizioni generali gravemente compromesse. Cute e mucose molto pallide, lingua impatinata, asciutta. Alito fetido specie dopo i colpi di tosse. Temperatura 39°,2. Polso 125.

Zona di ipofonesi timpanica sul 2°, 3° e 4° spazio intercostale destro anteriormente con rinforzo del f.v.t., broncofonia e rantoli sonori a medie bolle. Base poco mobile. Fatti bronchitici diffusi. Radiograficamente: infiltrazione a sede sottoclavicolare destra, di forma triangolare con apice verso l'ilo limitata in basso dall'interlobo, con piccola immagine aerea al centro. Espettorato purulento, poco abbondante, di odore sgradevole.

All'esame microscopico presenza di scarse fibre elastiche e di abbondante flora microbica.

Non bacilli di K.

R. Wassermann negativa.

Febbre continua, remittente con elevazioni serotine fino a 39°,5-40°.

L'espettorato, scarso sul principio, diviene in seguito abbondante raggiungendo la quantità giornaliera di 200-300 cc., sedimenta in tre strati ed è di odore fetido, nauseabondo.

Al 10° giorno di degenza non essendosi ottenuto nessun miglioramento dalle iniezioni di mugolio e dalla somministrazione di iposolfito per bocca, si inizia il trattamento col carbone in soluzione al 2 %, alla dose di 5 cc.

Dopo la 2ª iniezione l'espettorato perde il suo odore fetido, alla 5ª iniezione ed all'8° giorno dall'inizio del trattamento l'espettorato è diminuito fortemente e la febbre ridotta a pochi decimi. Al 15° giorno, dopo la 7ª iniezione di carbone, la febbre cade completamente, la tosse è scomparsa e l'espettorato ridotto a pochi sputi muco-purulenti.

L'esame radiografico praticato prima della dimissione dell'infermo dall'Ospedale dimostra il completo riassorbimento dello infiltrato e la scomparsa della piccola immagine cavitaria.

Caso II. — Fatma Bent Mohamed, di anni 15. Morbillo due mesi fa complicato da bronchite. Da circa dieci giorni la tosse si è fatta più intensa, l'espettorato più abbondante ed è comparso dolore alla base dell'emitorace destro. Da sette-otto giorni ha febbre continuo-remittente, con abbondante sudorazione notturna.

Al suo ingresso in Ospedale l'a. si presenta di aspetto fortemente deperito, è pallida, febbricitante. Ha tosse con scarso espettorato purulento.

Obiettivamente: ipofonesi timpanica sui due terzi inferiori dell'emitorace destro posteriormente, con aumento del fremito vocale tattile e respiro bronchiale; in una zona circoscritta sulla base si apprezzano rantoli a piccole bolle sonori, consonanti. Rumori bronchiali sul resto dell'ambito.

Normali gli altri organi.

Nell'orina scarsa quantità di albumina e pochi elementi renali.

Nei giorni successivi l'espettorato aumenta acquistando odore sgradevole. L'alito dopo i colpi di tosse è di cattivo odore. La febbre raggiunge la sera i 39°,5.

Al sesto giorno di degenza l'espettorato è nettamente fetido e sedimenta in 3 strati. Quantità giornaliera dell'espettorato 150-200 cc.

La radiografia rivela una zona di intenso opacamento che occupa il 3° inferiore dell'emitorace destro.

All'esame dello sputo abbondante flora microbica; non bacilli di Koch. Si inizia il trattamento con carbone alla dose di 2 e mezzo cc. della sospensione al 2 % a giorni alterni.

Dopo la 3ª iniezione il dolore e la febbre diminuiscono e l'espettorato diviene meno fetido. Alla 4ª iniezione (8° giorno di trattamento) la febbre cade a pochi decimi e l'espettorato diminuisce nettamente. Si sospendono per qualche giorno le iniezioni. Al 13° giorno nuova ripresa febbrile con aumento dell'espettorato che però non ha odore fetido. Si praticano altre 4 iniezioni di carbone, dopo le quali la febbre cade definitivamente e l'espettorato gradatamente scompare.

Al 24° giorno dall'inizio del trattamento l'ammalata può dirsi guarita; non ha più tosse nè febbre, mangia con appetito e ricupera rapidamente il suo peso. Una radiografia eseguita prima della sua dimissione dall'Ospedale dimostra ancora una zona di opacità a sede parailare destra, in via di palese riassorbimento.

Caso III. — Elia T., di anni 46. Nessun precedente morboso degno di nota tranne una polmonite sofferta all'età di 25 anni. Venti giorni fa nuova polmonite con caduta della febbre al 9° giorno. Residuò tuttavia un po' di tosse con espettorato purulento, dolore all'emitorace sinistro, sede della polmonite sofferta, e modica febbre pomeridiana che al 21° giorno scomparve.

L'infermo si riteneva guarito quando al 26° giorno ha nuova ripresa della febbre che sale rapidamente stabilizzandosi sui 39°-40°, riacutizzazione del dolore toracico, aumento della tosse e comparsa di abbondante espettorazione purulenta.

Al momento dell'esame, individuo robusto ma fortemente dimagrito e pallido. Respiro e polso frequenti. Tosse con espettorato abbondante (100-150 cc. nelle 24 ore), purulento, non fetido. L'espettorazione è più abbondante al mattino e qualche volta avviene a bocca piena.

Sul torace zona di ottusità sulla metà inferiore dell'ambito sinistro posteriormente, aumento del f.v.t.; respiro a tipo anforico e rantoli a piccole bolle sonori, con qualche rantolo gorgogliante dopo i colpi di tosse. L'espettorato aumenta nei giorni successivi fino a raggiungere l'aspetto e le proporzioni di una vomica.

All'indagine radiografica, opacità di tutta la metà inferiore del polmone sinistro con piccola immagine cavitaria, poco netta, verso la periferia.

S'inizia il trattamento con carbone (2 cc. 50 della soluzione al 2 % a giorni alterni). Alla 5ª iniezione di carbone l'espettorato diminuisce e la febbre cede gradatamente. Alla 9ª iniezione (18ª giornata) la febbre cade completamente e l'espettorato si riduce a pochi centimetri cubici. In 25ª giornata si ha nuova ripresa della febbre ed aumento dell'espettorato. Si praticano altre 5 iniezioni di carbone, dopo di che la febbre cade definitivamente e l'espettorato scompare.

La lettura di questi tre casi rende edotti, senz'altri commenti, dell'efficacia del carbone nel trattamento delle suppurazioni del polmone. Negli ascessi gangrenosi quello che prima scompare è la fetidità dell'espettorato, prova evidente che il carbone giunge rapidamente in seno alla lesione quivi esercitando, come fà nell'intestino, la sua azione assorbente sui prodotti gassosi della putrefazione.

Alla scomparsa della fetidità segue generalmente la diminuzione dell'espettorato e della febbre. La guarigione e il ristabilirsi delle forze è stato tanto rapido che potrebbe far pensare alla fortuita coincidenza di casi particolarmente favorevoli se nel primo dei miei casi un primo trattamento con mugolio e con iposolfito non avesse fallito dimostrando l'impotenza delle altre cure, e nel secondo e terzo caso alla cessazione intempestiva del trattamento col carbone non avesse coinciso una nuova ripresa della febbre e dei fenomeni suppurativi polmonari seguiti, con la ripresa del trattamento, da una nuova remissione dei fenomeni e dalla guarigione definitiva.

Sulla scorta di questi casi, estremamente favorevoli alla terapia col carbone, ho voluto estendere il trattamento anche alle suppurazioni della pleura.

CASO I. — Salem Ben Mohamed, di anni 31. Polmonite sinistra venti giorni fa, accompagnata da versamento siero-fibrinoso che si trasforma in purulento. Il pus è di aspetto cremoso non fetido e la cultura dà sviluppo al pneumococco. S'inizia il trattamento col carbone essendosi il p. rifiutato all'intervento operativo. Il carbone oltre che nelle vene s'inietta anche nella cavità pleurica praticando contemporaneamente, di tanto in tanto, la evacuazione semplice del pus. Alla 4ª iniezione di carbone ed alla 3ª endopleurica si ha la caduta della febbre e diminuzione evidente della raccolta purulenta. Dopo l'8ª iniezione endovenosa e la 6ª endopleurica si sospende il trattamento (21° giorno di trattamento) avendo la puntura esplorativa dimostrato l'esaurirsi del processo suppurativo.

CASO II. — Amor Ben Said, di anni 34. Un mese fa brivido, febbre violenta, tosse ed espettorato rugginoso. All'ingresso in Ospedale si constatano i segni di un processo pneumonico a sede lobare inferiore destra. Dopo 3 giorni dalla crisi insorge nuovamente febbre con i segni di un versamento basilare. La puntura esplorativa dà esito a pus leggermente fetido. Si evacua il pus e si procede di tanto in tanto al lavaggio della pleura con soluzioni disinfettanti. Il processo purulento non riesce tuttavia a dominarsi e il pus assume odore fecaloide. Si istituisce allora il trattamento con carbone per via endovenosa ed endopleurica. Dopo le 5 prime iniezioni si ha caduta della febbre ed attenuazione dei dolori; l'empiema tende a saccarsi ed il pus diventa più fluido e di odore meno fecaloide. Alla 12ª iniezione endovenosa ed alla 8ª endopleurica, dopo 28 giorni dall'inizio del trattamento, l'empiema si è ridotto ad una piccola raccolta saccata a sede sottoascellare. Lo stato generale è ottimo, l'infermo è aumentato di peso ed ha riacquistato il suo colorito. Sentendosi bene l'infermo chiede di esser dimesso, per quanto la puntura esplorativa dia esito ancora a qualche cc. di pus di odore sgradevole.

Riveduto dopo 15 giorni l'a. è in ottime condizioni generali e la puntura esplorativa rimane bianca.

Ho recentemente esteso il trattamento col carbone agli empiemi tubercolari. Ho solo un caso in osservazione, ma molto dimostrativo e che riferisco brevemente.

M. Antonio, di anni 29, avvocato. In seguito a trattamento pneumotoracico per tubercolosi ulcerosa apicale e sottoapicale sinistra si determina un versamento pleurico sierofibrinoso con febbre alta e dispnea intensissima. Il versamento diviene rapidamente purulento. La cultura del pus rimane sterile. L'a. ha dolore intenso all'emitorace e dispnea qualche volta soffocante per il notevole spostamento del mediastino. Le punture evacuatrici e la detenzione del pneumotorace non riescono che temporaneamente efficaci a vincere la dispnea e il dolore, che più di tutto tolgono all'infermo ogni possibilità di riposo. Nell'impotenza di ogni trattamento atto a vincere durevolmente la dispnea e il dolore e la febbre, che pur diminuita oscilla sempre fra i 38° e i 38°,5, mi induco a sperimentare il trattamento col carbone. Già alla 2ª iniezione endovenosa si ha l'attenuazione del dolore, la diminuzione della dispnea e la discesa della febbre ad un massimo di 37°,6. Alla 5ª iniezione l'a. entra in fase di decisivo e definitivo miglioramento; il riposo è oramai possibile e si ha rapida ripresa della forze. Alla 7ª iniezione la febbre, la dispnea e il dolore sono completamente scomparsi e si prosegue la cura con l'evacuazione semplice del pus.

Il caso è molto dimostrativo, sopratutto per il decorso drammatico dovuto ai fenomeni di compressione mediastinica e al dolore e per la rapidità con cui il carbone ha migliorato questi fenomeni. Una più vasta esperienza è tuttavia necessaria per giudicare, senza eccessivo ottimismo, i limiti di efficacia della terapia col carbone, specie nelle pleuriti purulente tubercolari. La riconosciuta efficacia del carbone, nei più svariati processi suppurativi è però già sufficiente, unitamente ai pochi casi da me riferiti, per accogliere favorevolmente, anche nella sua applicazione ai processi

suppurativi che interessano la pleura e il polmone, una terapia che non ha del resto controindicazioni di sorta e che si è dimostrata perfettamente innocua.

Come agisce il carbone?

Negli esperimenti sugli animali il carbone è stato trovato depositato, in minutissimi granuli, nel polmone sopratutto, nel fegato, nella milza, nelle linfoghiandole, nelle surrenali, nel cervelletto, nel bulbo e qualche granulo anche nella mucosa intestinale, nel muscolo cardiaco e nel midollo osseo; mai nei reni, nel midollo spinale e nella pelle (derma ed epidermide). Non si sono mai riscontrate reazioni infiammatorie di vicinanza.

Touraine e Menestrel hanno iniettato nei muscoli della parete dell'addome quattro cavie, di cui due sono state sacrificate quindici giorni dopo l'iniezione e le altre due un mese dopo. Nel sangue raccolto dalla carotide prima dell'autopsia (per evitare che venisse sporcato dalle particelle di carbone contenuto nei visceri) è stato trovato del carbone incluso nei macrofagi qualche volta, più sovente libero tra gli elementi figurati o accollati ad essi senza sistemazione. È dunque certo che il carbone oltre a depositarsi nei visceri soggiorna per un certo tempo nel sangue, ciò che può spiegare l'azione anti-infettiva ed anti-termica spiegata dal carbone che si comporta come un vero assorbente delle tossine circolanti. Può darsi che a questa azione assorbente e svelenante, resa oltremodo evidente dai miei casi di suppurazione gangrenosa del polmone e di empiema putrido, in cui il carbone ha in primo luogo agito sulla fetidità del pus, si aggiunga un'eccitazione delle reazioni di difesa dell'organismo attraverso uno stimolo esercitato dalle minute particelle di carbone sugli elementi del reticolo-endotelio; ciò che troverebbe conferma nell'iperleucocitosi segnalata dal Conklin e Saint Jacques dopo l'iniezione endovenosa di carbone. Secondo Touraine e Menestrel potrebbe anche darsi che nell'organismo accadano dei fenomeni analoghi a quelli che si sono osservati utilizzando i filtri a carbone attivato per la sterilizzazione delle acque e la fabbricazione delle maschere per i gas asfissianti; i granuli di carbone formerebbero una coppia elettrica che modificherebbe il ph del mezzo e scaricherebbe il potenziale elettrico microbico.

L'azione antitossica ed antimicrobica del carbone, siano o no nel giusto queste ipotesi, è comunque un fatto dimostrato; si aggiunga ancora la sua azione antisuppurativa che è resa evidente oltre che dai miei casi e dalle precedenti osservazioni in altro campo, dal fatto, messo in rilievo da Saint-Jacques, che l'ascesso da fissazione tentato nel caso di alcune infezioni puerperali fu arrestato nella sua evoluzione dalle iniezioni di carbone.

Senza dubbio dall'introduzione in terapia del carbone endovenoso il medico possiede oggi un'arma che va attentamente considerata e che troverà forse in avvenire campo di più vasta applicazione.

RIASSUNTO.

L'A. illustra i risultati ottenuti dall'uso del carbone endovenoso nelle suppurazioni del polmone e della pleura. In tre casi di ascesso del polmone e in due casi di empiema si è ottenuta la guarigione. Anche in un caso di empiema tubercolare i risultati sono stati incoraggianti.

LETTERATURA.

SAINT-JACQUES. Académie de Médecine, 30 gennaio 1934; Bulletins, t. CXI, n. 4.

TOURAINE et MENESTREL. Presse Médicale, dicembre 1934, n. 99.

SUSSI. Policlinico, Sez. Pratica, aprile 1935, n. 14.

CASA DI SALUTE « VILLA S. CUORE »
CARATE BRIANZA

Direttore: Dott. MARIO FALCIOLA.

Su la terapia diatermica dell'ascesso gangrenoso del polmone

a cura del dott. FRANCO MAGNONI, assistente.

Per quanto il nostro Istituto non riguardi che le forme nervose e mentali, tuttavia abbiamo avuta la fortuna di rilevare in una nostra malata un tipico ascesso gangrenoso del polmone.

Il fatto non avrebbe alcun valore se non fosse capitato in coincidenza ad una pubblicazione in cui si proponeva come nuovo metodo terapeutico la diatermia e si annunciavano i primi casi trattati con esito favorevole.

Per cui, proposta la malata per ricovero sanatoriale in quanto non era di competenza della Casa, nell'attesa si applicava la terapia diatermica secondo i consigli del prof. Lucherini, autore della pubblicazione su citata.

E passiamo a riferire per esteso il caso clinico che ha qualcosa di interessante anche dal lato psicopatico, dopo esserci accertati a distanza di un anno della permanente guarigione polmonare e mentale.

S. A., anni 53, da Monza. Il padre è morto di paralisi; la madre di marasma senile. La paziente

è la quinta nata di sei figli: non ha mai avute malattie degne di nota ed ha tare ereditarie di qualsiasi natura assolutamente negative. Si è sviluppata a 13 anni e di poi sempre regolarmente per tempo e quantità. Dal matrimonio ha avuto tre gravidanze a termine con due figli viventi ed uno morto in tenera età.

Ai primi di giugno del 1933, senza causa apparente o ben precisabile entrava in una fase di depressione psichica a tipo ansioso-delirante per cui doveva essere ricoverata nel comparto mentali della Casa di Salute in Carate Brianza.

Il 6 agosto 1933, mentre si trovava in giardino, in seguito ad allucinazione uditiva, scavalcava una finestra, e nella caduta riportava frattura del collo femorale destro.

La paziente veniva allora immobilizzata a letto con apparecchio a trazione. Il trauma psichico portava però subito ad una quasi miracolosa guarigione dello stato delirante sì che la malata, in capo a pochi giorni entrava in fase normale e non ebbe più manifestazioni mentali.

All'inizio del settembre, mentre ancora era obbligata a letto, la paziente fù colta da febbre alta preceduta da brivido intenso, ad inizio pomeridiano e remissione notturna. Si manifestò contemporaneamente vomica con emissione di escreato fetido in notevole quantità (cc. 125-150) a volte commisto a sangue. L'esame obiettivo fece rilevare allora i segni semeiotici di una spiccata ipofonesi verso la base polmonare destra, nettamente differenziabile dal suono chiaro circostante: su detta zona il f. v. t. era rinforzato e si ascoltavano gruppi di rantoli consonanti e gorgoglianti, specie sotto i colpi di tosse, accompagnati da respiro bronchiale.

Si era arrivati ormai al quarantesimo giorno di immobilizzazione, per cui, constatata la guarigione clinica della frattura, si rimuoveva la trazione per iniziare dopo qualche giorno elettroterapia galvanica all'arto.

Purtroppo però le condizioni generali della malata subivano un peggioramento per il persistere del quadro polmonare e finalmente il 13 ottobre si riusciva a trasportare la paziente al Dispensario Antitubercolare di Carate Brianza dove confermato l'esame clinico sopracitato si procedeva all'esame radioscopico dell'apparato respiratorio, ricavandone il seguente referto:

« Ombra sulla base destra, nettamente differenziabile dal rimanente campo polmonare ben chiaro. Detta ombra ha la grandezza di un mandarino, a margini lievemente sfumati » (vedi Cartella clinica, n. 1674, anno 1933).

L'esame dello sputo è stato negativo per il Koch.

Diagnosi: Ascesso gangrenoso del polmone destro.

Poichè la malata non era più di competenza della Casa di Salute, con diagnosi volutamente modificata, si proponeva il ricovero sanatoriale.

Nell'attesa della chiamata in Sanatorio, veniva sopposta alla diatermoterapia secondo le indicazioni date dal prof. Lucherini di Roma il quale, proprio in quei giorni pubblicava sul *Policlinico* i primi casi di ascesso gangrenoso del polmone da lui trattati con la diatermoterapia e ne riferiva gli esiti assai lusinghieri.

Giorno per giorno la malata sembrava rifiorire. In breve scomparve la febbre, l'escreato si ridusse notevolmente, il peso aumentò progressivamente e quando venne l'ordine di trasferire la paziente al Sanatorio di Vialba, si poteva già dare il giudizio di una guarigione clinica in atto.

Infatti la malata rimase in Sanatorio dal 4 al 17 dicembre; fu dimessa « perchè furono riscontrati gli esiti di ascesso polmonare del lobo inferiore destro. L'espettorato era negativo per il Koch ». (Lettera del Sanatorio in data 21 febbraio 1935).

A titolo di cronaca, sono state eseguite solo 35 sedute diatermiche della durata di mezz'ora ad amperaggio 1,5-2.

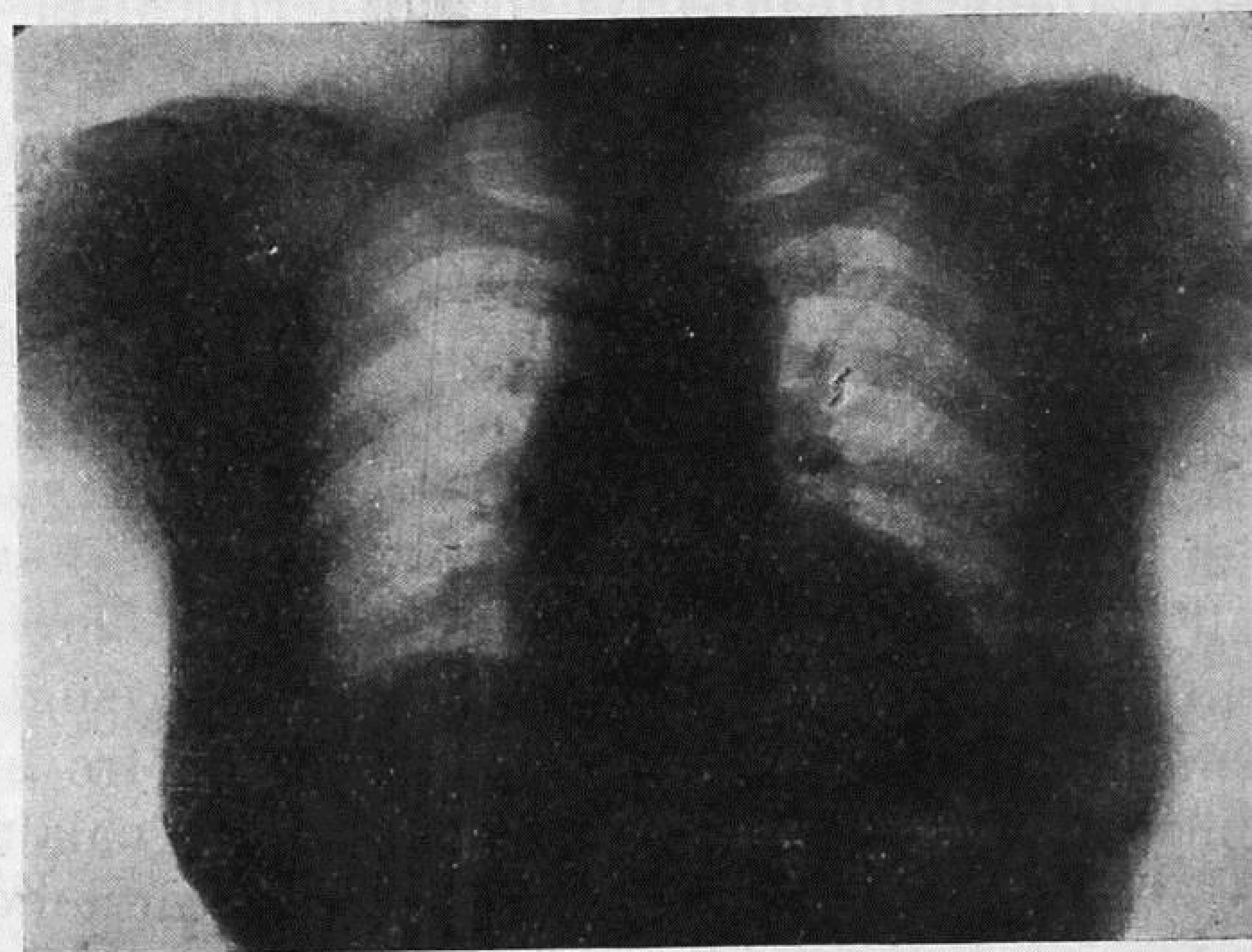
A distanza di oltre un anno rivedo la malata in perfette condizioni generali: persiste la guarigione dello stato psichico: scarsi sono gli esiti della frattura femorale: duratura la guarigione dell'ascesso polmonare.

Ho voluto far eseguire una radiografia di controllo (in precedenza non era stato possibile il farlo) e della quale ne riporto copia.

Il radiologo, prof. Giongo, ha rilasciato il seguente referto:

22 febbraio 1935: L'esame Roentgenoscopico e Roentgenografico del torace non mettono in evidenza particolari reliquati della forma polmonare sofferta due anni or sono ma soltanto aderenze obliteranti il seno pleurico complementare destro nel settore anteriore ed un appena accennato ispessimento della piccola scissura interlobare.

Anche l'emidiaframma presenta una soddisfacente mobilità. Il cuore è ingrandito verso sinistra per presumibile ipertrofia del ventricolo destro e l'aorta presenta dilatazione diffusa del suo tratto ascendente. Ciò trova rispondenza in un modico aumento del disegno polmonare con accentuazione delle ombre ilari.



Tralasciamo le discussioni sulla etiologia, sintomatologia e diagnosi dell'ascesso polmonare che esorbiterebbero dal nostro campo e per i quali basta scorrere un qualunque libro di Medicina per trovarne ampie trattazioni.

A noi interessa il lato terapeutico che possiamo schematizzare velocemente:

1875 - Cluck, Mosier e Schmidt: resezione costale.

1897 - Skoda: inalazioni di creosoto.

1897 - Tuffier: terapia e tecnica chirurgica dell'ascesso polmonare.

1897 - Picot: toracotomia.

1918 - Forlanini: pneumotorace.

Sempre nel campo chirurgico sono stati proposti la frenicoexeresi, la pneumolisi, la alcoolizzazione dei nervi intercostali (Leotta) ecc.

È recente (*Policlinico*, Sez. Pratica, n. 11, 1935) un lavoro sulla terapia dell'ascesso polmonare consigliata dal dott. Connors il quale nel 1926, per il primo, usò il metodo del tamponamento stipato dell'ascesso polmonare, e pare che i risultati fino ad oggi siano confortanti.

La Terapia Medica è altrettanto varia ed abbondante di specifici medicamentosi che comprendono sieri, vaccini, balsamici, arsenobenzoli, alcool, ecc. Sullo stesso numero del *Policlinico* citato poc'anzi troviamo una noterella pratica che ci informa come Machold sulla *Deut. Med. Woch.*, 18 luglio 1934 comunichi di aver notevolmente migliorati 6 casi di ascesso polmonare semplicemente con l'uso dell'Omnadina.

Il fatto in sè stesso ci lascia dubitanti di simile miracolo: sta bene che l'ascesso polmonare sia un fatto infettivo, ma è anche un fatto distruttivo. L'A. in fondo vorrebbe ammettere che, demolendo l'infezione si possa favorire poi indirettamente la riparazione dei tessuti. Ad ogni modo cataloghiamo il metodo a titolo di cronaca.

In conclusione, fino a poco tempo fa due armi ci erano offerte nella lotta: la Chirurgia e la Medicina. La prima è rappresentata da interventi gravi e a volte demolitori, e se teniamo conto dello stato del paziente, possiamo giudicare l'alta mortalità data dalla cura stessa.

La Terapia Medica è una palliativa, a meno che non si voglia accettare il consiglio del dott. Machold.

Rimaneva ancora da esperimentare l'elettroterapia con le correnti diatermiche, ed è merito del nostro Lucherini se abbiamo acquistata una nuova arma, innocua, non deprimente sul malato, ma anzi vantaggiosa, a portata di tutti, di semplice applicazione, e che dà sopratutto garanzia di esito buono.

Dai Trattati di Terapia Fisica noi possiamo conoscere quale sia l'azione del calore diatermico in seno ai tessuti.

Anzitutto abbiamo un'accelerazione della corrente sanguigna e linfatica: l'iperlinfia ottenuta ha un'azione fortemente attiva sul ricambio locale e sul riassorbimento degli essudati. L'iperemia attiva aumenta e facilita la nutrizione dei tessuti lesi e vi apporta un aumento leucocitario. Si viene così creando un ambiente sfavorevole alla flora batterica mentre dall'altro lato il ricambio locale stimola i tessuti alla reazione e conseguentemente alla riparazione delle parti distrutte.

La conclusione del nostro caso ci dice che il metodo ha dato tutto il possibile per raggiungere la guarigione che, abbiamo visto, permane a distanza di oltre un anno.

Riassumendo i casi trattati fino ad oggi, possiamo stabilire:

Lucherini: 8 casi; 2 guariti, 5 notevolmente migliorati, 1 lievemente migliorato.

Cozzuti-Salaris: 4 casi; 2 guariti e 2 migliorati.

Matarese: 5 casi tutti migliorati.

Magnoni: 1 caso guarito.

In totale, sopra 18 casi trattati ne vediamo 5 guariti, 12 notevolmente migliorati e uno solo migliorato lievemente, con una proporzione quindi del 30 % di guarigioni.

Per cui sarà bene insistere nel metodo che ha dimostrato di essere di semplice applicazione, di non recar danno, ma anzi, anche quando non può dare una guarigione per le condizioni del malato, dà sicuramente quel miglioramento utile a coadiuvare eventuali interventi operativi che a volte si rendono necessari.

BIBLIOGRAFIA.

LUCHERINI. Acc. Lancis., 8 febbraio 1934.
COZZUTI SALARIS. Soc. Med. Lom., 1934.
MATARESE. Acc. Lancisiana, 1 marzo 1934.

☛ ***Ricordiamo l'importante monografia:***

Prof. CESARE FRUGONI
Direttore della R. Clinica Medica di Roma
con la collaborazione
dei proff. G. MELLI, E. PESERICO, A. LUISADA.

L'EDEMA POLMONARE ACUTO

Ne riportiamo qui di seguito il Sommario:

Cap. I. SPUNTI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA DEL POLMONE, pagg. 1-12. — Cap. II. DEFINIZIONE E LIMITI, pagg. 12-16. — Cap. III. STORIA DELL'EDEMA POLMONARE ACUTO, pagg. 16-18. — Cap. IV. ANATOMIA PATOLOGICA, pagg. 18-27. Cap. V. EZIOLOGIA DELL'EDEMA POLMONARE ACUTO, pagg. 27-49. — Cap. VI. SINTOMATOLOGIA, pagg. 49-61. — Cap. VII. VARIETÀ CLINICHE E DECORSO, pagg. 62-70. — Cap. VIII. COMPLICAZIONI E PROGNOSI DELL'ACCESSO DI EDEMA POLMONARE ACUTO, pag. 71. — Cap. IX. DIAGNOSI DIRETTA E DIAGNOSI DIFFERENZIALE, pagg. 71-77. — Cap. X. GLI EDEMI POLMONARI ACUTI SPERIMENTALI, pagg. 77-79. — Cap. XI. FATTORI CHIMICI E FISICO-CHIMICI DELL'EDEMA POLMONARE ACUTO, pagg. 80-129. — Cap. XII. FATTORI EMODINAMICI E UMORALI DELL'EDEMA POLMONARE ACUTO, pagg. 130-163. — Cap. XII. I FATTORI NERVOSI DELL'EDEMA POLMONARE ACUTO, pagine 164-212. — Cap. XIV. PATOGENESI DEL'EDEMA POLMONARE ACUTO, pagg. 213-220. — Cap. XV. TERAPIA DELL'EDEMA POLMONARE ACUTO, pagg. 220-231.

Volume di pagg. IV-232, con figure nel testo e una tavola fuori testo. Prezzo L. **24**, più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati al «Policlinico» o a qualsiasi delle altre nostre quattro Riviste sole L. **20** in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

PIRESSIE.

Le piressie di origine oscura.

(A. H. DOUTHWAITE. *Lancet*, 8 giugno 1935).

La frequenza delle piressie di origine oscura o febbri criptogenetiche va sempre più diminuendo con i progressi dei mezzi d'indagine clinica. Sta di fatto che ogni febbre deve avere la sua causa, e se questa non viene svelata gli è perchè in determinati casi non si riesce a svelarla. Tuttavia è a tener presente che alcuni processi morbosi si manifestano clinicamente solo con elevazioni termiche, senza alcuna alterazione rilevabile semeiologicamente sia dello stato generale che di singoli organi.

Le ipertermie di tali tipi possono essere di origine endocrina, tossica, cerebrale e microbica.

Per quel che riguarda il sistema endocrino è stato accertato che le disfunzioni della tiroide frequentemente danno piressie leggere, ma persistenti, senza alcun segno obiettivo. La fase iniziale del morbo di Graves-Basedow può essere appunto caratterizzata da uno stato febbrile che dura per mesi e mesi senza che si abbia perdita di peso, tachicardia, nervosismo ed apprezzabile ingrossamento della tiroide. Gli unici fatti che fanno pensare ad una possibile alterazione di queste glandule sono un leggero esoftalmo del resto incostante e che per lo più si manifesta in occasione di emozioni, l'aumento facile della frequenza del polso e la comparsa di tremori a seguito di sforzi lievi.

Talvolta individui molto obesi soffrono accessi febbrili senza alcuna causa apparente e che scompaiono con la diminuzione di peso. Il fatto è stato interpretato come un fatto reattivo endocrino destinato a bruciare l'eccessivo deposito di grasso.

Una causa non rara di febbri di origine non facilmente rilevabile è costituita dallo sviluppo iniziale di neoplasmi clinicamente silenti e specie dalla produzione di metastasi nel fegato.

La leggera febbre prolungata che spesso segue gli infarti cardiaci costituisce verisimilmente un'altra prova del potere piretogeno delle sostanze chimiche derivanti dai tessuti in istato di mortificazione. È noto come una crisi di angina pectoris seguita da febbre deve appunto far pensare all'infarto e consigliare le misure terapeutiche adeguate e sopra tutto il riposo.

L'epatite alcoolica è un altro esempio di questo gruppo. I bevitori possono avere dei lunghi periodi di febbre serale senza alcun altro disturbo. Il fegato può essere leggermente ingrandito e dolente. L'astensione dalle bevande alcooliche fa scomparire più o meno rapidamente la febbre ed il disordine epatico.

Anche alcuni farmaci dimagranti, specie il dinitro-orto-cresolo, può produrre, insieme ad altri inconvenienti, elevazioni termiche.

È ben noto come molte affezioni organiche del cervello non infettive (colpo di calore, emorragie, tumori) possono essere accompagnate da stati febbrili dovuti ad alterazioni del centro termoregolatore. Sono registrati casi di tumori cerebrali che nella fase iniziale si sono manifestati clinicamente solo con persistenti elevazioni termiche.

Ma a parte queste febbri di origine cerebrale vi possono essere casi nei quali fatti catarrali semplici, banali sono accompagnati da febbri elevate verisimilmente a seguito di influenze psichiche. Al riguardo bisogna anche tener presente la possibilità che le ipertermie siano deliberatamente provocate allo scopo di richiamare l'attenzione degli altri sulla propria persona o per altri interessi.

Le affezioni microbiche provocano su larga scala febbri di natura enigmatica.

Uno dei casi più tipici è dato dall'endocardite infettiva subacuta che nella fase iniziale si manifesta spesso solo con febbre. La malattia comincia così subdolamente. Gli altri sintomi che potrebbero mettere sull'avviso o mancano o sono tanto leggeri da sembrare trascurabili. I fatti che possono dare un qualche sussidio diagnostico sono il colorito del paziente (è stata descritta una particolare tinta al caffè e latte), la superficialità del respiro, la tachicardia costante, la leggera albuminuria, la presenza di emazie nelle urine.

L'infezione stafilococcica spesso dà stati febbrili persistenti scompagnati da altri disturbi rilevatori della sede nella quale l'agente patogeno è localizzato e dove si sviluppa il processo morboso. È noto come un ascesso perinefritico possa dare febbre senza che per settimane e settimane si manifestino i segni caratteristici di tale affezione.

La setticemia stafilococcica spesso si stabilisce senza che possa individuarsi la porta di entrata e senza che vi siano segni clinici che aiutino per la diagnosi. Al riguardo sono indici rivelatori la forte leucocitosi con aumento relativo dei polimorfi, e la discordanza tra la lentezza del polso e l'altezza della temperatura.

La setticemia streptococcica offre minori difficoltà diagnostiche perchè c'è sempre una infiammazione acuta iniziale della porta d'entrata, di solito le tonsille.

Il tifo, i paratifi e particolarmente la febbre ondulante possono decorrere per vario tempo senza presentare oltre la febbre, altri disturbi che rivelino la natura della malattia. Le difficoltà diagnostiche sono allora gravi e possono essere sormontate solo quando compaiono i segni tipici dell'infezione o diventano

positive le rispettive prove serologiche o gli esami batteriologici.

Attualmente la diagnosi di tubercolosi polmonare si può facilmente stabilire mediante l'esame radiologico. Conviene comunque tener presente che vi sono casi di broncoalveolite incipiente nei quali la febbre può persistere a lungo senza che l'esame ascoltatorio, plessimetrico e radiologico mettono in evidenza alcun fatto anormale. Certo la febbre tubercolare si accompagna ad altri disturbi generali: dimagrimento, inappetenza, disordini neurastenici. Ma tali fatti possono essere assegnati alla tubercolosi solo quando siano stati esclusi con opportune prove altre affezioni capaci di dare lo stato febbrile.

È sopratutto la tubercolosi delle glandole mesenteriche che non viene diagnosticata per mancanza di sintomi definitivi. Possono dare al riguardo un certo indirizzo gli attacchi di dolore al lato destro dell'addome, la inappetenza, la leggera perdita di peso e delle forze.

Le infezioni colibacillari delle vie urinarie e della cistifellea sono la causa frequente di stati morbosi cronici nei quali il fatto prevalente e talvolta unico è la febbre irregolare.

La sifilide nel periodo secondario e terziario provoca talvolta febbricole di lunghissima durata la cui natura non viene riconosciuta specie quando manca il dato anamnestico del sifiloma iniziale. Qualche volta la origine luetica di questa febbre viene svelata solo quando dopo avere esaurite tutte le altre prove diagnostiche, si ricorre alla reazione di Wassermann. Tali febbri allora scompaiono come di incanto con il trattamento antiluetico.

Al riguardo va rilevato che spesso l'unico criterio per stabilire l'origine di una febbre rimane quello terapeutico: i salicilati per l'infezione reumatica, la chinina per la malaria, l'emetina per gli ascessi amebici, gli alcalini per le pieliti colibacillari, il mercurio, il bismuto, gli arsenobenzoli per la sifilide, gli arsenobenzoli per le infezioni protozoarie.

DR.

Ipertermia abituale. Studio clinico di quattro casi con febbricola di lunga durata.

(H. A. REIMANN. *Arch. of Int. Medic.*, maggio 1935).

I malati con febbricola continua, che dura mesi rappresentano un problema a volte difficile per il medico. Alcuni di questi malati sono inutilmente sottoposti ad interventi sulle tonsille, sui denti, sulla tiroide.

Questi malati furono ritenuti da alcuni affetti da « subfebbrilità costituzionale », da altri da « sistema nervoso instabile », da « febbre psicogena », da « neurosi ». L'espressione « ipertermia abituale » fu introdotta dal Moro nel 1917 e pare sia più adatta all'identificazione della condizione morbosa.

Fra le cause di febbricole bisogna ricordare la tubercolosi, l'endocardite subacuta, la febbre ondulante, la febbre reumatica, la malaria, le infezioni focali, la calcolosi renale, i neoplasmi, il m. di Hodgkin, le anemie, i disturbi delle glandole endocrine, specialmente l'ipertiroidismo, il diabete, la gravidanza, la mestruazione, la disidratazione, le intossicazioni croniche, l'insufficienza cardiaca, i postumi d'encefalite, le malattie degli organi del cervello, i tumori cerebrali e spinali.

Ci sono persone che hanno ipertermia modica continua anche per vent'anni senza avere nessun disturbo e nessuna malattia. Questo solleva il problema di che cosa si intende per temperatura normale.

Certamente esistono differenze individuali della frequenza del polso e dell'altezza della temperatura. La temperatura media normale è in bocca di 37° (altri trovarono cifre inferiori: 36,8; 36,2; 36,3).

Hollò e Hollò-Weil hanno proposto di distinguere l'ipertermia abituale dalla febbre di origine infettiva con prove farmacologiche: la febbre da infezione è abbassata dagli antipiretici, non dagli oppiacei, mentre l'ipertermia abituale non si modifica cogli antipiretici e scompare cogli oppiacei,

L'A., dopo aver descritto ampiamente quattro casi di ipertermia abituale da lui osservati si domanda se in questi casi è meglio parlare di ipertermia abituale o di nevrosi, perchè l'ipertermia rappresenta un sintoma assai meno importante dei disturbi nervosi accusati dai malati (facile stanchezza, eccitabilità, ansia, dolori vaghi, senso di malessere). In questi malati, il cui stato generale è buono, si ha spesso emotività, labilità del polso, vasocostrizione delle estremità, irritabilità, ipocondria, senza modificazioni del peso.

Nei quattro casi dell'A., che riguardavano quattro nubili, le prove farmacologiche di Hollò e Hollò-Weil furono positive, non ci furono modificazioni della formula ematica nè del metabolismo basale.

La cura psichica può giovare in alcuni casi, ma solo sui sintomi neurotici.

R. LUSENA.

ORGANI GENITALI MASCHILI.

Le orchi-epididimiti salvo le forme tubercolari e sifilitiche.

(E. CHAUVIN. *Revue des Congrès, Paris Médical*, 29-XII-1934).

L'A., lasciando da parte tutte le forme mediche che si osservano nelle parotiti, nella grippe, ha esposto brevemente le epididimiti blenorragiche croniche e suppurate. Ricorda come non sempre le diagnosi cliniche sono convalidate dall'es. istologico positivo e come l'errore tra una forma acuta e una forma cronica specifica sia possi-

bile. I casi che ordinariamente danno luogo ad errore vanno indicati sotto il nome di forme non specifiche.

Le orchi-epididimiti blenorragiche suppurate sono frequenti: esse si dividono in:

1) forma fibrosa o incistata, molto limitata;

2) forma acuta in cui la suppurazione è clinicamente manifesta a spese dell'epididimo;

3) forma subacuta o cronica che simula la t.b.c. e in cui spesso può trovarsi l'associazione dei due processi.

Epididimiti micotiche. Nell'uomo ne sono stati illustrati 14 casi e di questi solo in 3 casi l'affezione risultava primitiva nei genitali. Ci sono alcuni casi diagnosticati quali tubercolari che in realtà sono provocati dallo sporotrichum.

Orchi-epididimiti non specifiche. Sono forme apparentemente primitive della ghiandola genitale mentre sono originarie da infezioni vicine per lo più da infezioni urinarie croniche. Non sono dovute a germi specifici quale il gonococco, il bacillo di Koch ecc.

Etiologia. Stando alla letteratura sono forme molto frequenti; però secondo le statistiche il 12-40 % dei casi operati con la diagnosi di epididimiti tubercolari sarebbero non specifiche.

Ordinariamente si osservano nell'età media della vita, ma possono riscontrarsi nei vecchi e nei bambini. In un quarto dei casi sono bilaterali. Certamente il trauma ha un certo valore come fattore predisponente ma non tutti gli AA. sono d'accordo nell'attribuire la stessa importanza, specie quando trattasi di traumi minimi.

Il trauma agirebbe creando un ematoma infettato, o determinando un focolaio di minore resistenza, o solo disturbi circolatori.

Stando così le cose gli interventi che interessano il cordone come le cure radicali nelle ernie potrebbero rappresentare un trauma predisponente (Mandl Dittrich).

Patogenesi. Qual'è l'agente di queste infezioni e quale via segue per giungere all'epididimo? Tutti i microbi possono localizzarsi nella glandola genitale e produrvi lesioni infiammatorie.

Più frequentemente sono stati osservati il colibacillo e subito dopo lo stafilococco; meno frequenti l'enterococco, lo pneumococco, lo streptococco, il proteus.

Questi agenti derivano da focolai organici lontani (intestino, pelle, faringe o polmone) e arrivano all'epididimo o per la via sanguigna o per la via urinaria discendente.

Sembra che la localizzazione nella sfera urogenitale segua ad una batteriuria e che la localizzazione primitiva avverrebbe nella prostata e nelle vescichette seminali. Successivamente l'infezione progredisce per la via canalicolare o per via linfatica funicolare. Secondo Oppenheim, Löw Schindler delle contrazioni antiperistaltiche farebbero progredire contro corrente i germi; secondo altre osservazioni di Wintcler, Perrucci il trasporto dei germi avverrebbe per semplice reflusso liquido.

Sintomatologia. Ordinariamente esistono dei segni prodromici: stato febbrile che sembra corrispondere al periodo d'invasione setticemica, in cui l'ammalato accusa disturbi orinari vaghi alla vescica. L'inizio è per lo più acuto, caratterizzato da dolori locali e febbre ma vi sono pure forme torpide che evolvono senza segni funzionali. Avvenuta l'infezione sono presenti tre ordini di sintomi: disturbi funzionali, segni fisici e interessamento incostante dello stato generale, segni che sono comuni a tutte le forme di orchi-epididimiti.

Forme cliniche. Secondo l'acuzia dei sintomi e l'evoluzione della forma l'A. descrive cinque forme cliniche di orchiepididimiti non specifiche: 1) Forme acute che insorgono con febbre, dolori vivi e tumefazione epididimaria che interessa tutto l'organo. La febbre e i dolori dopo 5-6 giorni si attenuano ma la tumefazione persiste. Si passa insensibilmente alla forma subacuta che può però fin dall'inizio insorgere come tale. La durata di queste forme è più o meno lunga e va da più settimane a qualche mese. Le forme croniche possono insorgere come tali oppure seguire al periodo di invasione acuta; in queste forme la febbre e il dolore possono mancare, vi è solo una discreta tumefazione ordinariamente sensibile alla pressione. Tanto le forme acute che croniche possono rammollirsi costituendo le forme suppurate. Una caratteristica delle orchiepididimiti non specifiche è la loro tendenza alle recidive che possono verificarsi nello stesso testicolo o in quello del lato opposto.

Forme microbiche. In queste forme i diversi agenti patogeni comunicano alle lesioni dei caratteri particolari. Fra le forme acute quelle colibacillari figurano come le più frequenti; esse si succedono per lo più a disturbi intestinali diversi, e danno luogo frequentemente a recidive. Per ordine di frequenza vengono immediatamente dopo le forme stafilococciche. Si verificano dopo infezioni cutanee, dopo foruncolosi; hanno un andamento cronico, ma meno tendenza alle recidive. Destano più interesse le forme di epididimite cosiddette amicrobiche di cui si ignora la vera patogenesi. Secondo Wildboltz malgrado l'assenza di lesioni specifiche sarebbero dovute alla tubercolosi. Esistono pure forme dovute a bacilli filtrabili. Nel gruppo delle epididimiti amicrobiche dovrebbero pure rientrare le forme erotiche e quelle osservate in seguito ad iniezioni di siero o associati a manifestazioni anafilattiche.

Forme etiologiche. Riguardo al meccanismo etiologico si distinguono tre varietà di epididimiti:

1) la forma degli urinari;

2) la forma traumatica;

3) la forma conseguente ad uretrite non gonococcica.

La prima forma sopraggiunge per lo più in seguito ad un cateterismo o a manovre uretrali. Le orchiti traumatiche sono da alcuni AA. ammesse, da altri negate; esse sono per lo più espressione di lesioni infiammatorie in cui il traumatismo è da considerarsi come solo responsabile della loro produzione.

Prognosi. Ordinariamente sono senza danni *quoad vitam.* A volte per guarire una forma acuta o recidivante di orchi epididimite è indispensabile l'intervento chirurgico. Allorchè trattasi di forme bilaterali si può giungere alla sterilità per ostruzione dei canali epididimari, o per suppurazione diffusa del testicolo o per semplice atrofia dell'organo.

Diagnosi. Per la diagnosi di epididimiti non specifiche si affacciano alla mente due grandi problemi a seconda se trattasi di forma acuta o cronica. Nella forma acuta occorre eliminare il gonococco e nella forma cronica la tubercolosi. La diagnosi differenziale delle forme croniche con la t.b.c. riesce sempre un po' difficile ma non impossibile. Bisogna in ogni caso tenere presente:

1) l'esistenza di precedenti intestinali o cutanei e l'assenza di precedenti bacillari;

2) i prodromi febbrili o i segni premunitori di cistite che ordinariamente mancano nella tubercolosi;

3) l'insorgenza acuta è propria delle forme infiammatorie mentre si verifica raramente nella tubercolosi;

4) per la sede si sa che la tubercolosi colpisce preferibilmente la coda dell'epididimo;

5) la forma liscia, regolare di epididimite sta più per la forma non specifica, mentre la forma nodulare specie del deferente sta per la t.b.c.,

6) le forme non tubercolari si stabiliscono di solito più bruscamente. In caso di dubbio la ricerca dell'agente causale nel pus, nel liquido d'idrocele, nella secrezione prostatica o nelle urine ci fornirà degli schiarimenti. Ma, ciò nonostante ci sono delle forme croniche ed amicrobiche che solo un accurato esame istologico dopo epididimectomia può identificare.

Cura. Deve essere più che sia possibile conservativa. Si possono sperimentare le cure umorali, vaccini o sieri, sebbene l'A. non li creda capaci di grandi cose.

L'A. per evitare le recidive consiglia di trattare i focolai residuali prostatici e sopratutto il punto di partenza dell'infezione intestinale o cutaneo. La cura chirurgica deve essere riservata solo per aprire le raccolte suppurative. In caso di recidive multiple si può fare la legatura dei deferenti, o il lavaggio delle vescichette seminali.

SCANDURRA.

Sul trattamento operatorio del varicocele primitivo.

(HENNINGER. *Zbl. f. Chir.*, n. 12, 1934).

Dopo aver ricordato i metodi di cura operatoria, l'A. osserva che nessuno soddisfa pienamente e durevolmente al quesito della sospensione e fissazione del testicolo e del deferente. L'A. riporta i risultati ottenuti in 5 casi operati da più di un anno con il trattamento sclerosante a cielo scoperto associato a resezione parziale dello scroto. La soluzione usata è la seguente.

Destrosio 20
Glicerina bidist.
(+ 10 % di acqua bidist.) fino a 100.

L'intervento si fa in anestesia locale. Liberazione del plesso pampiniforme; preparazione di 2-3 vene dilatate e iniezione in ognuna di 1-2 cc. di soluzione sclerosante; legatura prossimale e distale del punto dell'iniezione; resezione parziale dello scroto.

Nei 5 casi così trattati, controllati dopo 4-13 mesi i risultati sono stati eccellenti, sia per la sospensione che per la nutrizione del testicolo, come per lo stato del deferente.

L'A. attribuisce questi buoni risultati alla retrazione connettivale delle vene sclerosate e dei tessuti perivenosi, retrazione che viene a costituire un valido mezzo di sospensione e di fissazione del testicolo. G. PACETTO.

PERITONEO.

Peritonite biliare.

(A. NOGUÉS. *Sociedad de Cirurgia de Buenos Aires*, 27 giugno 1934).

Donna di anni 37 sofferente da parecchi anni di dolori epigastrici non in rapporto con i pasti. Da 48 ore dolori violenti sempre all'epigastrio, febbre, vomito, arresto delle feci e dei gas. All'esame obbiettivo stato ansioso, temperatura 37°,2, lingua saburrale, polso 120, iperestesia cutanea e difesa notevole all'emiaddome destro, zona di sub-ottusità al di sotto dell'ottusità epatica. Punto frenico superiore destro doloroso.

Atto operativo: laparotomia pararettale destra, liquido biliare nel peritoneo (100 cc.), bordo inferiore del fegato coperto da epiploon che aderisce allo stomaco, al colon e ricopre totalmente la vescichetta biliare, che appare distesa con alterazione di carattere circolatorio al suo vertice. Con l'esplorazione si riconoscono numerosi calcoli nel suo interno. Colecistostomia tipica.

Drenaggio a sigaretta sottovescicolare. Chiusura a piani. Ritiro del drenaggio dopo 48 ore Apiressia al 3° giorno.

La p. lascia l'ospedale in 25ª giornata e la fistola si chiude poco dopo.

Prendendo spunto da questo caso l'A. fa va-

rie considerazioni di carattere diagnostico, etiopatogenetico e terapeutico.

Circa la diagnosi precoce il Bernhard ha potuto fare diagnosi di peritonite biliare basandosi sul dosaggio delle diastasi nelle orine e nel sangue, sulla albuminuria, urobilinuria e bilirubinuria, su crisi dolorose con irradiazioni a sinistra e segni di peritonite. Un altro mezzo di diagnosi precoce può essere la puntura del Douglas, facile nella donna molto più difficile negli uomini.

Circa l'etiopatogenesi di queste peritoniti biliari senza apparente perforazione esistono due teorie: quella infettiva e quella del riflesso pancreatico biliare. Quest'ultima è sostenuta dal fatto di aver trovato in numerose osservazioni, fermenti nei liquidi vascolari e nel versamento peritoneale, placche di stratonecrosi sulla sierosa peritoneale, diastasi nel sangue circolante e nelle urine.

Si possono muovere a questa teoria varie obbiezioni:

1) la presenza di fermenti nella bile vescicolare e nel liquido peritoneale non dimostra la loro origine pancreatica;

2) la esistenza di chiazze di citostratomnesi peritoneale non sempre è prodotta dall'azione dei fermenti pancreatici, anche i leucociti e specialmente i mononucleari possono segregare delle lipasi che attaccano i grassi neutri.

Quando sulla parete della vescichetta esistono lesioni necrotiche, la bile può passare nel peritoneo attraverso le suddette lesioni, senza che vi sia una vera e propria perforazione.

Circa la terapia, secondo l'A., se le lesioni della parete della cistifellea sono minime, la colecistostomia può bastare, se esistono lesioni gangrenose più estese allora è necessario procedere alla colecistectomia. M. PLASTINA.

La peritonite biliare senza perforazione.

(MELCHIOR. *Dtsch. z. Chir.*, 243-459, 1934).

Secondo l'A., il quadro della peritonite biliare senza perforazione è ben noto. È evidente che da esso vanno escluse quelle peritoniti biliari in cui era presente una perforazione successivamente copertasi o in cui la perforazione era presente ma sfugge all'attenzione del chirurgo.

È noto come fra le cause della peritonite biliare senza perforazione si invochi un aumento di permeabilità della parete della vescichetta affetta da alterazioni di carattere infettivo. Un altro fattore può essere la penetrazione di secreto pancreatico nella vescichetta. Del resto capita talora — afferrando la vescichetta biliare con una pezza — che la pezza si tinga di giallo. La vescichetta « suda » bile.

Una occorrenza più rara e che costituisce la dimostrazione di un fattore etiologico non noto sinora, è quella occorsa due volte all'A., di una necrosi acuta parziale del fegato in seguito a coledocolitiasi.

In un caso si trattava di una donna di 60 anni con una vecchia storia di coliche epatiche senza ittero. Da pochi mesi, lieve diabete. Improvvisamente gravissima sindrome addominale, ittero.

Intervento *in extremis*: cavo addominale pieno, grumi gelatinosi di bile. Non perforazione. Drenaggio dell'epatico; morte dopo poche ore. Alla sezione si rinviene un coledoco assai dilatato, a monte di un « tappo » formato da piccoli calcoli e bile raggrumata. Nel lobo sinistro del fegato grossa necrosi con rammollimenti e colorito verde grigiastro. Capsula opacata e coperta da mostre fibrinose anche imbevute di bile.

Il secondo caso, di una donna già operata di colecistectomia per calcolosi, presentava un quadro analogo, la zona di rammollimento epatico era imbevuta di bile sì da presentare l'aspetto di una cisti.

Da questi due casi — forse meno rari di quanto non sembri — risulta l'importanza delle vie biliari intraepatiche nella genesi di tali forme.

Successive considerazioni dedica l'A. alle cause della gravità dei fenomeni da peritonite biliare che egli riferisce ai sali biliari.

ALDO CALÒ.

Contributo allo studio del dolore peritoneale.

(L. DI NATALE e C. DE FUMO. *Società Lombarda di Chirurgia.* Vol. II, n. 11. Seduta 25-V-1934).

Gli AA. hanno praticato delle esperienze tendenti a studiare il dolore del peritoneo parietale e diaframmatico, a stabilire se il dolore è avvertibile con la pressione o se è necessaria un'azione puntoria o di sfregamento, a riconoscere dove il dolore viene riferito, a vedere se esso viene modificato dalla anestesia della cute nella zona di riferimento del dolore.

Per saggiare il dolore del peritoneo parietale si sono serviti di ammalati magri, con sensorio lucido che venivano sottoposti ad appendicectomia a freddo con anestesia locale. Attraverso una camicia metallica flessibile entro cui potevano scorrere due tipi di mandrino, uno a punta liscia ed uno a punta scabrosa.

Per saggiare il dolore del peritoneo diaframmatico hanno usato il pneumo-peritoneo che facendo addossare i visceri alla colonna vertebrale permette di stimolare il peritoneo diaframmatico con un ago cannula in cui è possibile far scorrere un filo semirigido a punta scabra.

Hanno praticato le loro esperienze su sette ammalati ed hanno visto: che il peritoneo parietale risulta indolente per stimolazioni di pressione praticate con strumento liscio, dolente a stimoli pressori con strumento scabro; che il peritoneo diaframmatico reagisce agli stimoli dolorifici con una sensazione dolorosa

riferita a distanza alla fossa sopraclavicolare che non viene modificata dall'anestesia cutanea di detta zona; che il peritoneo parietale reagisce agli stimoli con scarso dolore in corrispondenza della regione stimolata e che cede all'anestesia della regione stessa; e che il dolore peritoneale diaframmatico è dovuto a stimolazioni del nervo frenico e quello del restante peritoneo parietale è in rapporto a stimolazioni di fibre efferenti del sistema vegetativo.

PLASTINA.

DIVAGAZIONI

Le possibilità di un'offesa batteriologica in guerra.

(V. PUNTONI. *Croce Rossa*, febbraio 1935).

La guerra con i gas ha fatto sorgere la discussione circa la possibilità di una guerra batteriologica per mezzo di culture di microbi. I molti articoli scritti su questo argomento sono privi di dati di fatto precisi e perciò sono di scarso interesse.

Nel luglio 1934 Wicklam Steed svelò in un suo lavoro una presunta ed efficace preparazione germanica relativa alla guerra batteriologica e documentò ampiamente il suo asserto. A lui rispose in una rivista tedesca G. Jurgens confutando la veridicità dell'A. inglese e svalutando completamente la guerra batteriologica. Prendendo lo spunto dalle opposte convinzioni sull'argomento, il nostro A. s'è prefisso di esporre le sue opinioni con speciale riguardo alle condizioni di un paese come il nostro, bene attrezzato dal punto di vista sanitario.

È accertato che le culture di molti germi sono atte a trasmettere le rispettive malattie, ma è pur provato che le epidemie sono molto influenzate dal capriccioso genio epidemico, cosicchè la trasmissione dei germi patogeni appare come un elemento secondario in molte condizioni epidemiologiche, di fronte ad altri elementi più importanti che sono ancora ignorati quasi del tutto.

Per questo l'arma batteriologica è di una poco facile disciplina. Fa d'uopo inoltre considerare che la diffusione epidemica di ogni malattia si comporta diversamente di fronte a masse umane ignoranti ed impreparate alla profilassi e di fronte a popolazioni civili organizzate dal punto di vista sanitario. Inoltre le probabilità di successo in una eventuale guerra batteriologica si prospettano diverse a seconda dei diversi virus o delle loro attitudini.

Vi sono delle malattie per le quali non vi è la probabilità nemmeno teorica di una diffusione su vasta scala e tra di esse stanno in prima linea: la malaria e la tubercolosi. La prima è strettamente legata all'ambiente ed all'anofelismo, la seconda per la sua particolare epidemiologia e clinica, non permette una riproduzione artificiale notevole e rapida. La difterite e la pertosse sono affezioni peculiari dell'infanzia; la meningite cerebrospinale ha un ritmo invasivo particolare caratterizzato dalla predisposizione ad ammalare delle masse, per azioni ambientali poco determinate, legate a particolari momenti. L'influenza pandemica sembrerebbe degna di essere presa in grande considerazione; ma l'etiologia, la patogenesi e l'epidemologia di essa sono ancora oscure e le modalità di insorgenza delle sue pandemie fanno escludere che si possa esercitare un dominio su di essa. Il morbillo, la varicella, la parotite epidemica e la scarlattina, sono sì determinate da virus diffusibilissimi, ma un elevato numero di persone ne sono immunizzate per averle già sofferte; d'altra parte la diffusione artificiale ne sarebbe molto difficile, data la incoltivabilità dei loro agenti specifici.

Il caso più facile ad attuare di effetto più funesto potrebbe sembrare quello inerente alla riproduzione di malattie diffusibilissime e gravissime quali la peste, il colera e la febbre gialla. Nei paesi ove queste malattie non esistono allo stato endemico, la recettività delle masse è quasi totalitaria, cosicchè si profila il pericolo sociale della grande pandemia.

La peste è quella di più facile riproduzione sperimentale: tre mezzi sono idonei alla creazione artificiale di casi o di focolai: le culture, le pulci infette, i roditori infetti. È da ritenere quindi che facilmente potrebbero provocarsi focolai di peste artificialmente.

Il vibrone del colera potrebbe essere diffuso solo a mezzo delle culture, ma è noto che tali culture artificiali perdono con facilità la loro virulenza.

Ancora più problematica appare la diffusione della febbre gialla, in quanto che le stegomie non trovano ovunque condizioni favorevoli al loro ambientamento, senza contare la importanza del fattore condizioni locali, non ancora chiarito.

Per il tifo esantematico, se da una parte la sua diffusione artificiale è da ritenersi possibile dopo scoperto che la sua trasmissione è opera dei pidocchi, vi è un'arma profilattica consistente nella distruzione, facile a realizzarsi, dei pidocchi stessi.

La riproduzione artificiale di casi di vaiolo si può ritenere possibile mediante l'uso di materiale patologico, come la linfa pustolosa; però nel caso di popolazioni diffusamente vaccinate e rivaccinate il vaiolo non si presta alla diffusione artificiale.

L'A., ammessa la possibilità di produzione artificiale di focolai delle malattie infettive, esamina le probabilità di successiva diffusione di esse e gli effetti.

Il moderno armamento igienico poggiato sulla disinfezione — disinfestione e vaccinazione collettiva — è capace di mettere gli eserciti in piede di guerra e i popoli belligeranti in condizione di soffocare ed estinguere la importazione di malattie molto diffusibili; resta però sempre, in caso di riuscita nel provocare focolai infetti, il pericolo della « offesa di ritorno » contro gli « untori », inevitabile per la promiscuità dei combattenti fra le due parti e con le popolazioni civili durante le offensive e invasioni territoriali.

Un altro mezzo di guerra batteriologica potrebbe essere quello di una così larga diffusione di agenti infettanti, da contaminare direttamente e simultaneamente un elevato numero di individui, senza affidarsi al concetto malsicuro di una propagazione spontanea di piccoli focolai artificialmente creati.

Sarebbero in tal caso preferiti i germi delle malattie indigene, che hanno maggior tendenza a rimanere localizzate: germi del tifo e paratifo, delle febbri ondulanti, delle dissenterie batteriche, della morva, carbonchio, ecc.

Il mezzo più idoneo sarebbe la aviazione: gli aeroplani potrebbero spargere senza difficoltà tonnellate di colture: le secche polverizzate e le liquide nebulizzate non sembrerebbero molto adatte, e nemmeno i recipienti contenenti culture; più idoneo parrebbe il lancio di liquidi densi atti a formare grosse gocce, cadenti direttamente e resistenti alla evaporazione.

L'A. pensa che i risultati di questo lancio di culture microbiche in realtà resterebbe senza notevole effetto per molteplici motivi. Infatti resterebbe contaminata la superficie ambientale e non direttamente l'uomo o gli animali e interverrebbe l'azione distruttiva naturale dell'ambiente e delle difese igieniche, facilmente adattabili.

Altro tentativo di infezione in massa potrebbe essere l'inquinamento degli acquedotti con i germi del tifo e del colera: ma le culture subirebbero una enorme diluizione cosicchè bisognerebbe fidare in una moltiplicazione dei germi. È poi facile la profilassi mediante la clorazione delle acque, le vaccinazioni ecc.

Un altro mezzo di offensiva batteriologica potrebbe farsi diffondendo i germi del tetano e della gangrena per mezzo di proiettili, specie di fucile. Ma le difficoltà di tale metodo di infezione starebbero nella preparazione di proiettili infetti in modo che non fossero pericolosi per coloro che li maneggiano.

Tutto ciò che è stato scritto sulla guerra batteriologica è basato su concetti puramente teorici. Nessun documento esiste in materia di epidemie sperimentali e neppure la criminalogia soccorre in proposito. Da ciò si comprende che il parere dei varî AA. può essere discorde. L'attuazione infine della guerra batteriologica esigerebbe dei medici specializzati in batteriologia i quali non potrebbero essere gli stessi addetti alla cura dei feriti e dei malati: e ciò per una questione di ordine squisitamente morale.

La Croce scarlatta non potrebbe estendersi sopra un corpo che accogliesse nel proprio seno l'insidia accanto all'assistenza.

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

K. HINSBERG. *Medizinisch-chemische Bestimmungsmethode*. Parte I. Julius Springer. Berlino 1935, Mk. 4,80.

Questo libro, di piccola mole, non mancherà certo di destare l'interesse di chi, medico o analista, svolgendo in parte o del tutto la sua quotidiana attività nei laboratori di Chimica applicata alla Clinica, voglia rendersi esatto conto dei processi chimici che stanno alla base dei metodi abituali di ricerca.

In questa prima parte oltre alcune nozioni d'indole generale (pesata, soluzioni normali, iodimetria, indicatori, metodi ottici ecc.) sono compendiati i più importanti metodi quantitativi.

L'A. a ragion veduta, per non appesantire il libro, tralascia quanto ritiene superfluo, e si limita a esporre per ogni ricerca quel metodo che, allo scopo clinico, è da preferire sia per l'esattezza che per la facilità di esecuzione.

In quasi tutti i capitoli si rivela un'impronta di originalità che denota la lunga esperienza personale del laboratorista consumato.

MESSINI.

E. GERFELDT. *Unsere Nahrungs- und Genussmittel*. Un vol. in-8°, di 118 pagg. G. Thieme, Leipzig, 1935. Prezzo RM. 4.

È una buona raccolta dei caratteri più salienti dei principali alimenti e bevande, con l'indicazione di metodi semplici per riconoscerne la genuinità e le alterazioni e con riferimenti alle disposizioni di legge tedesche, che vengono anche citate integralmente, il che riesce molto utile per gli opportuni raffronti con le nostre. *fil.*

C. CARDINI. *Formulario de Cocina dietetica*. Vol. I. Un vol. in-8°, di 230 pagg., rilegato. «El Ateneo» ed., Buenos Aires, 1935. s. p.

Osserva giustamente l'A. che nei paesi latini scarse od insufficienti sono le opere che si occupano di dietetica, mentre invece questa ha grande importanza nella terapia.

Il dott. Cardini, che appartiene alla Cattedra di Farmacologia e Terapia di Buenos Aires, intende a rimediare a tale deficienza ed inizia il suo lavoro con questo primo volume

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

che si occupa essenzialmente dell'apparato digerente. Espone dapprima alcune nozioni preliminari sui caratteri e la finalità della cucina dietetica e sui vari tipi di alimenti: brodi e minestre, salse, uova, carni, verdura, latte, cereali, frutta, fornendo dapprima le nozioni generali ed in seguito, le ricette culinarie molto pratiche.

Termina poi con quattro capitoli sulla dieta nelle affezioni gastriche, ulcera gastro-duodenale, affezioni intestinali ed epatico-biliari. Libro utile e pratico. *fil.*

H. LECLERC. *Précis de Phythothérapie.* III^a edizione. Un vol. in-8°, di 308 pagg. Masson & C.ie, Paris, 1935. Prezzo 35 fr.

La fitoterapia va acquistando sempre più terreno. Lo dimostra anche il rapido succedersi delle edizioni di questo libro che valorizza tante piante spontanee della Francia, quasi tutte appartenenti anche alla nostra flora.

L'A. le riunisce in 17 capitoli, secondo le varie azioni: purganti, emetici, tonici, emmenagoghi, narcotici, cardiovascolari, ecc., descrivendo per ognuna le proprietà, gli effetti, il modo di somministrazione, che non è soltanto quello della pianta in natura, ma anche delle relative preparazioni farmaceutiche. A volte, gli effetti sono veramente sorprendenti, come è il caso di un individuo che, in seguito a difterite ebbe pericardite, pleurite, albuminuria ed edemi, con notevole cloruremia. Una cura di sei cipolle crude al giorno per una settimana bastò per triplicare il volume delle urine e per fare scomparire gli edemi.

La presente edizione è di molto aumentata in confronto delle precedenti, con l'aggiunta di molte piante. *fil.*

CH. RUPPE. *Sémiologie des affections de la bouche et des dents.* Un vol. in-8°, di 272 pagg., con 53 fig. Masson & C.ie, Paris, 1935. Prezzo 32 fr.

In questo libro, concepito su un piano essenzialmente topografico, l'A. esamina tutte le questioni di patologia riguardanti la bocca ed i denti, non solo dal punto di vista della stomatologia, ma anche da quello della medicina generale e della chirurgia. Vi troviamo, di fatto, oltre alle affezioni della dentatura e della regione gengivo-dentaria, quella delle mascelle, dei seni mascellari, delle labbra, ecc.

Il volume, pure essendo scritto da uno stomatologo, interessa quindi essenzialmente il medico pratico che, dall'esame ben condotto secondo gli insegnamenti dell'A., può arrivare alla giusta diagnosi. Segnaliamo fra i capitoli più interessanti per il medico quelli sulle adenopatie cervicali croniche, sulle algie facciali, sulle paralisi dei muscoli endo- e periboccali, sulla setticità bucco-dentaria, che coinvolge le infezioni focali. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società di Medicina e Scienze Naturali di Parma.

Seduta del 4 giugno 1935.

Presidente: Prof. A. CHISTONI.

Sintomatologia dell'ulcera gastro-duodenale e condizioni metereologiche.

R. JONATA. — L'O. espone interessanti osservazioni sulla frequenza dell'ulcera peptica gastroduodenale nei riguardi della sua localizzazione del sesso, dell'età e della professione basandosi su una casistica di 1060 casi, desunti tra gli ammalati affluiti nell'Istituto Radiologico dell'Ospedale Maggiore di Parma durante il decennio 1925-1935: mette in rilievo l'esistenza di particolari rapporti tra condizioni metereologiche e sintomatologia clinica per cui l'ulcera peptica deve considerarsi una malattia a carattere prevalentemente stagionale.

Discussione: CAMPANACCI, MARRASSINI, FOCHI, CHISTONI.

Sul comportamento delle varie soluzioni nebulizzate nell'albero respiratorio.

C. BRAGA. — L'O. studia la possibilità di una terapia polmonare locale usando farmaci finemente nebulizzati. Dopo avere enumerato le condizioni più favorevoli ad una adatta tecnica inalatoria arriva alle conclusioni seguenti: è possibile una pressochè completa terapia locale polmonare qualora la soluzione da nebulizzare non possegga alcuna azione irritante; qualora si possa disporre di un apparecchio atto a fornire una nebbia finissima costituita da goccioline di non più di qualche micron di diametro; di un lungo periodo di nebulizzazione; di modificare la tecnica inalatoria nel senso di potere escludere il massimo possibile le prime vie aeree le quali sono imputabili di trattenere la maggiore quantità del liquido medicato di nebulizzazione. È poi necessario che qualora si utilizzino soluzioni saline delle quali è stato dimostrato la possibilità di assorbimento venga tenuto conto del loro delta, poichè a questo fattore è da attribuirsi la maggiore o minore velocità di assorbimento attraverso l'epitelio della mucosa bronco-alveolare. Le esperienze condotte in questo senso hanno dimostrato che le soluzioni più adatte a determinare una efficace terapia locale polmonare sono quelle ipotoniche.

Ricerche sull'emoterapia. L'azione dell'emoterapia su varie componenti del ricambio materiale nell'uomo.

C. NEGRI. — Nota I. *L'azione dell'auto- e dell'eteroemoterapia sulla colesterinemia plasmatica e globulare.*

C. NEGRI - G. TERZI. — Nota II. *L'azione dell'auto- e dell'eteroemoterapia sulle frazioni azotate del sangue.*

C. NEGRI - C. CHIODARELLI. — Nota III. *L'azione dell'auto- e dell'eteroemoterapia sulla calcemia e sul tasso in cloruri ematici ed urinari.*

C. NEGRI - G. TATTONI. — Nota IV. *L'azione dell'auto- e dell'eteroemoterapia sulla diastasi ematica ed urinaria.*

Nelle ricerche praticate fu studiato il comportamento della colesterinemia plasmatica e globulare dell'azoto proteico e non proteico del sangue, della calcemia, della cloruremia, dei cloruri urinari, della diastasi ematica ed urinaria sotto l'azione dell'autoemoterapia, dell'emosottrazione e dell'eteroemoterapia. I risultati ottenuti si possono riassumere come segue:

Dopo autoemoterapia eseguita quotidianamente per quattro-sette giorni con cinque cc. di sangue, aumentano la colesterinemia plasmatica e globulare, il tasso in azoto proteico del sangue, la calcemia la eliminazione urinaria dei cloruri, la diastasuria; diminuisce la diastasemia; rimangono pressochè invariati il tasso in azoto non proteico del sangue e la cloruremia.

Dopo autoemoterapia eseguita quotidianamente per 4-7 giorni con 10 cc. di sangue, aumentano la colesterinemia globulare, l'azoto proteico e non proteico del sangue, la calcemia, la diastasuria; diminuiscono la colesterinemia plasmatica e la diastasemia; rimangono pressochè invariate la cloruremia e la eliminazione urinaria dei cloruri.

Dopo eteroemoterapia eseguita quotidianamente per 4-7 giorni con 5-10 cc. di sangue aumentano la colesterinemia globulare, l'azoto proteico del sangue, la diastasemia, la diastasuria, la eliminazione urinaria dei cloruri; diminuiscono la colesterinemia plasmatica, l'azoto non proteico del sangue, la calcemia; rimane pressochè invariata la cloruremia.

A nessuna modificazione ha dato luogo l'emosottrazione, eseguita mediante piccoli quotidiani salassi di 10-15 cc. di sangue per 5-6 giorni.

Nessun significativo comportamento fu notato a carico della diuresi sia dopo auto- che eteroemoterapia.

Una nuova pratica per svelare istantaneamente l'albuminuria al letto dell'ammalato.

C. PEZZAROSSA. — Dopo avere ricordato gli svantaggi che presenta la dimostrazione dell'albumina nelle urine a mezzo della prova del calore, l'O. dimostra la praticità di un nuovo metodo, molto sensibile e sicuro, per svelare l'albuminuria al letto dell'ammalato colle cartine all'acido solfosalicilico. È sufficiente immergere una di tali cartine in una piccola quantità di urina per ottenere in presenza di albumina, un intorbidamento che dapprima si manifesta intorno alla cartina e che poi si estende a tutta l'urina in esame.

Autoemoterapia e pressione arteriosa.

L. GIPPERICH. — L'O. ha studiato il comportamento della pressione arteriosa sia Mx che Mn in seguito all'autoemoterapia rivelandone una reale diminuzione riferibile specialmente alla Mx.

L. GIPPERICH. — *L'azione dell'autoemoterapia sul quadro ematologico.*

Studi e ricerche sulla ormonuria gravidica.

M. TRETTENERO. — L'O. con ricerche sistematiche viene a stabilire un quadro completo della ormonuria normale, in tutti i mesi della gravidanza, nel parto e nei primi giorni del puerperio. Il quadro della ormonuria puerperale è stato stabilito sia nei valori relativi di concentrazione ormonica per litro di urina, che nei valori assoluti di quantità totale di ormoni eliminati nelle 24 ore. Le caratteristiche principali che sono state messe in rilievo sono queste:

1) la esistenza di variazioni ormonuriche molto ampie in rapporto con la età della gravidanza;

2) la possibilità di variazioni ormonuriche molto grandi, ad una stessa età di gravidanza.

Rispetto alla prima si è visto che fra i valori massimi e quelli minimi vi possono essere differenze molto più grandi di quelle finora stabilite. I valori massimi si trovano, in generale, nella gravidanza iniziale, quelli minimi, in generale, nella gravidanza a termine. Riguardo alla possibilità di variazioni ormonuriche molto ampie ad una stessa età di gravidanza (II) sono state fatte indagini rivolte a trovarne la spiegazione. È risultato che non esiste un rapporto tra peso del feto e della placenta e valori ormonurici. È risultato che tra ormonuria e diuresi esiste un certo rapporto, ma che esso non è assoluto nè costante; cosicchè appare probabile che il rene abbia una sua capacità di concentrare o di diluire gli ormoni nelle urine, probabilmente secondo qualche finalità biologica. È risultato che nelle gravide con varici spiccate si ha per lo più ormonuria elevata. L'insieme delle ricerche pur non spiegando esaurientemente le ampie oscillazioni ormoniche possibili in gravidanze normali dimostrano la grande complessità del fenomeno e la concatenazione dei fenomeni ormonici gravidici. Bisogna essere molto prudenti prima di attribuire un preciso significato diagnostico all'ormonuria, specialmente nel campo patologico.

Sull'acromicria.

M. BERGONZI. — Dimostrazione di un caso clinico di acromicria in un uomo di 36 anni. Oltre la notevole piccolezza delle mani ed in parte anche dei piedi, esiste una particolare piccolezza della mandibola; i peli al viso sono quasi assenti e scarsi al pube sì che ne risulta un aspetto eunucoide. Vi è anche diminuzione della libido; i genitali esterni sono ipoplasici. Psichicamente il soggetto è un deficiente. È dimostrabile una calcificazione precoce della pineale all'esame radiografico del cranio. Il tessuto osseo è più trasparente che di norma ai raggi Roentgen. Di un secondo caso l'O. dà la dimostrazione istologica delle ghiandole endocrine; può confermare l'esistenza di una notevole diminuzione delle cellule eosinofile nel lobo anteriore dell'ipofisi, cosa fino ad oggi supposta nell'acromicria ma non ancora dimostrata.

Il Segretario: C. BRACA.

☛ *Interessante pubblicazione* SEMI-GRATUITA:

Prof. Dott. REMO MONTELEONE

Libero Docente di Patologia Medica dimostrativa nella Regia Università di Roma.

L'esame funzionale dell'apparato respiratorio

L'insufficienza respiratoria in Clinica

Prefazione del Prof. V. ASCOLI.

Eccone l'Indice Sommario:

PREFAZIONE, pag. III. — Le funzioni del polmone, pag. 1 a 50. — Metodi fisici di esame della funzione respiratoria, pag. 51 a 140. — Metodi chimici per lo studio della funzione respiratoria, pag. 141 a 172. — Esplorazione fisiologica dei centri respiratori, pagina 173 a 177. — Esplorazione della circolazione polmonare, pag. 178 a 180. — Esplorazione delle vie aeree superiori, pag. 181 a 189. — Schema per lo studio dell'insufficienza respiratoria, pag. 190 a 195. — Le forme cliniche dell'insufficienza funzionale respiratoria, pag. 196 a 252. — Bibliografia, pag. 253 a 267.

Volume di pagg. VIII-267, con 30 figure nel testo. Prezzo L. **32**, più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati al « Policlinico », in Italia, sole L. **20** in porto franco. Per l'estero L. **25**.

Inviare Vaglia Postale o Cheque Bancario all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Fenomeni ipofisari nel diabete mellito.

F. Mainzer (*Schweizer. med. Wochens.*, 2 febbr. 1935) riporta l'osservazione di un individuo di famiglia tarata di diabete in cui, ad un diabete lieve con poliuria di 3-4 litri, seguì una poliuria analoga a quella del diabete insipido, caratterizzata essenzialmente da una nicturia di 1100 cmc. Mancava qualsiasi causa organica (cuore o reni); l'aspirazione di polvere dell'estratto di lobo ipofisario posteriore portò la scomparsa della poliuria.

Il rapporto fra il diabete mellito ed i disturbi neuroipofisari del ricambio idrico viene così documentato clinicamente. La dipendenza patogenetica di entrambi i disturbi viene ammessa dai rapporti fra ipofisi e diabete mellito, da un lato, e la classica influenza del lobo posteriore della ipofisi sul ricambio idrico. La vicinanza anatomica fra le parti dell'ipofisi a funzioni diverse può condurre anche ad un intrecciamento dei disturbi. È da escludersi la influenza dell'acidosi sulla poliuria.

Molti diabetici, che pure sono da considerarsi come puramente pancreatici, hanno disturbi del ricambio idrico, che sono da ritenersi come neuroipofisari. Il fatto che l'insulina possa agire nel senso di una ritenzione di acqua non esclude tale ipotesi, tanto più che conosciamo ben poco sul meccanismo della ritenzione di acqua. È possibile che si tratti di una controreazione ipofisaria, come i fenomeni del così detto accesso ipoglicemico sono da considerarsi come un'escrezione compensatoria di adrenalina.

Le caratteristiche del ricambio acquoso non si riscontrano soltanto nella glicosuria diabetica o nel diabete mellito degli acromegalici, ma anche nella gran massa dei diabetici e danno, in certi casi, dei fenomeni che indicano disturbi d'increzione extrainsulare. *fil.*

Valore diagnostico della curva glicemica negli ipofisari.

Risulta da ricerche di G. C. Dogliotti (*Minerva medica*, 2 giugno 1935) che negli ipofisari (distrofia adiposo-genitale, acromegalia) da lui studiati, la glicemia a digiuno si è mantenuta in limiti del tutto normali e pertanto non può essere considerata come un elemento diagnostico di una qualche importanza.

Invece, le curve glicemiche hanno messo in evidenza una tolleranza agli idrati di carbonio, diversa negli iper- e negli ipopituitarici. Nei primi, la glicemia è salita dopo la prima ora dall'ingestione del glucosio fin oltre il 2/1000 e si mantenne sopra il livello normale anche dopo la terza ora. Negli ipopituitarici, invece, la tolleranza si è dimostrata superiore al normale, avendosi appena una leggera iperglicemia seguita da una netta reazione ipoglicemica, oppure una curva addirittura invertita.

Il meccanismo di regolazione del ricambio carboidrato è assai complesso: da un lato, il sistema parasimpatico-insulare tende ad abbassare il tasso glicemico; dall'altro, il sistema simpatico-surreno-tireo-ipofisario tende, invece, ad innalzarlo. Un turbamento in uno di questi meccanismi sposterà, quindi, il tasso glicemico da un lato o dall'altro. La prova della curva glicemica, di facile attuazione, potrà pertanto costituire un buon elemento diagnostico nelle forme fruste od iniziali di disturbi della ipofisi. I precisi rapporti funzionali fra preipofisi e ricambio carboidrato, messi in luce dalle recenti ricerche, conferiscono alla prova un significato più sicuro ed una base razionale. *fil.*

Classificazione delle sindromi ipofisarie.

Carrien schematizza nel modo seguente le sindromi da disturbi dell'ipofisi.

A) Disturbi dei singoli lobi. 1. *Lobo anteriore. a*) Ipoattività: Disturbi anteriori all'adolescenza (infantilismo). Disturbi posteriori (utero-ovarici). *b*) Iperattività: Anteriori all'adolescenza (gigantismo); posteriori (acromegalia).

2. *Lobo posteriore. a*) Ipoattività (poliuria, obesità, diminuzione del metabolismo basale; aumento della tolleranza idrocarbonata); *b*) Iperattività (glicosuria, diminuzione della tolleranza idrocarbonata, aumento del metabolismo basale).

B) Disturbi misti. 1. *Ipoattività dei due lobi*: distrofia adiposo-genitale con o senza poliuria. 2. *Iperattività dei due lobi*: gigantismo od acromegalia con aumento di metabolismo basale, diminuzione della tolleranza idrocarbonata, senza obesità. 3. *Etero-attività*: combinazioni varie.

Nella regione ipotalamica, esistono però centri regolatori della vita vegetativa, di cui le lesioni determinano sindromi analoghe (neuro-ipofisarie). *fil.*

Iodoterapia preoperativa nel morbo di Basedow e sua azione sul reperto istologico.

Dalle ricerche istologiche praticate sui casi di Basedow e sui gozzi basedowificati osservati nella Clinica di Aachen, trattati o no prima dell'intervento con l'jodio, Altenkamp (*Br. Beil. z. Klin. Chir.*, v. 161, p. 293, 1935) ha osservato che si stabiliscono in seguito alla jodoterapia sia nel Basedow che nel gozzo basedowificato delle modificazioni nel quadro istologico, nel senso di una regressione verso il gozzo colloide puro.

I Basedow veri si differenziano dai gozzi besedowificati pel fatto che i primi, specie quelli che datano da gran tempo, offrono una maggiore resistenza alla regressione della struttura parenchimatosa. P. Stefanini.

Terapia della gotta.

Nello *stato gottoso*, limitare l'apporto di materiali che danno acido urico (carni, nucleoproteide); favorire la distruzione, attivando la funzione epatica, facendo dello sport e la vita all'esterno. Favorire la eliminazione mediante crisi diuretiche: ingestione di grandi quantità di acqua, che permette di eliminare l'acido urico a concentrazioni basse, e somministrando l'acido fenilchinoleico, l'atophan, il cincofene. Più difficile è favorire la soluzione dell'acido urico, per cui si usa la piperazina, l'acido timinico, il benzoato di litio o di sodio, ed anche la vitasterina A.

Nell'*accesso di gotta*, N. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, 24 febbraio 1935) consiglia anzitutto di rispettarlo più che sia possibile, usando una terapia minima: applicazioni locali senza importanza, terapia generale diuretica; dare il colchico soltanto al 5°-6° giorno. L'accesso di gotta, di fatto, è un accesso di eliminazione ed il gottoso conosce bene i periodi di miglioramento che seguono l'attacco e che sono in ragione diretta della violenza di questo. Un attacco troncato è un attacco che recidiva o che si complica per dare delle forme cardiache, di angina pectoris, di gotta cerebrale (emiplegie), gastrica, ecc.

fil.

La caduta del metabolismo come causa di morte dei vecchi.

Nel vecchio, si osserva talora il quadro clinico seguente: malato un po' confuso, che vuole uscire ad ogni momento dal letto, che non mangia e non beve nulla, che non dorme e che si crede fuori di casa; d'altra parte ragiona normalmente; il paziente è costipato, la lingua è secca. Questo stato si manifesta spontaneamente oppure durante la convalescenza di qualche malattia. La sindrome comporta una prognosi fatale: morte in 2-3 settimane.

Si è attribuita tale sindrome all'uremia, ad un'insufficienza cardiaca; ma si deve riconoscere che la patogenesi e la biochimica di tale stato ci sono ancora sconosciute. F. Moor (*The Lancet*, 2 febbraio 1935) ritiene che si tratti di una caduta del metabolismo generale.

Come terapia, si può tentare di liberare l'intestino e di far bere e dormire il malato con tutti i mezzi possibili.

fil.

Orticaria da caldo.

W. Richter (*Dermatologische Wochens.*, febbr. 1935) riferisce il caso di un uomo di 35 anni che, con le sole mutandine da bagno, si è esposto al sole; qualche giorno dopo, presenta un colpo di sole notevole sulle parti scoperte. Dopo desquamazione della pelle, il malato riprende il suo lavoro, ma 15 giorni più tardi, compare bruscamente, senza disturbi intestinali, un'urticaria generalizzata, con prurito intenso che aumenta col calore del letto ed impedisce il sonno. La regione del corpo che era stata coperta dalle mutandine era la sola indenne; ma anche in essa comparvero delle lesioni di urticaria quando il paziente le espose al sole.

L'A. ottenne la guarigione del malato desensibilizzandolo progressivamente mediante esposizione al calore, aumentando ogni volta di un minuto il tempo di esposizione e di ½ grado la temperatura. Dopo 15 sedute l'orticaria era scomparsa e da 4 mesi non è più recidivata.

fil.

Linee direttive per il trattamento dei disturbi vegetativi.

Come giustamente osserva F. Hoff (*Ther. d. Gegenwart*, 1935, n. 5), si devono sempre tener presenti le azioni fisiologiche del simpatico e del parasimpatico. Il primo accelera l'attività cardiaca, restringe i vasi, tonifica lo sfintere vescicale, provoca la dilatazione dei bronchi, delle pupille, il rilasciamento dello esofago, del detrusore vescicale, ostacola la peristaltica dell'intestino e favorisce la secrezione dell'adrenalina e della tiroxina. In senso opposto, agisce il parasimpatico.

L'attività simpatica predomina nell'accesso di febbre, nell'aumento del metabolismo basale, nell'aumento della distruzione proteica, della glicemia e della jonizzazione calcica, nell'aumento del numero dei leucociti con neutrofilia e spostamento a sinistra della formula e nella diminuzione dell'eosinofilia. Nei processi che hanno opposte manifestazioni, predomina, invece, il parasimpatico.

Risultano, quindi, le indicazioni per la somministrazione di rimedî che eccitino il simpatico od il vago. Come esempio tipico, l'A. cita l'asma bronchiale, in cui si hanno manifestazioni nettamente parasimpatiche, per cui si deve deprimere il vago ed eccitare il simpatico. Alla prima indicazione, corrispondono l'atropina o la papaverina, alla seconda la adrenalina, l'efedrina e l'efetonina. Aumento dell'eccitazione del simpatico si può anche avere mediante la somministrazione di calcio, l'acidificazione dell'organismo e la provocazione di febbre (piretoterapia). Analogamente, possono trattarsi molte altre malattie.

fil.

SEMEIOTICA

Il sintoma dell' " eco idatidea „ e il suo valore diagnostico.

Lian e Odinet (*Presse méd.*, n. 10, 1935) dopo aver ricordato come la percussione ascoltata nei casi di cisti d'echinococco del fegato sia già stata usata e come il suo uso abbia fatto rilevare dei segni utili alla diagnosi come il cosiddetto « rumore di corda bassa », il « rumore di tamburino », notò anche sotto la designazione di sonorità idatidea, si soffermano a descrivere il modo di rilevare un segno percettibile con la percussione ascoltata, da loro rinvenuto in tre casi di cisti d'echinococco del fegato nei quali il fremito idatideo man-

cava, e descritto sotto il nome di « eco idatidea ».

Nei soggetti portatori di cisti d'echinococco del fegato applicando il padiglione di uno stetoscopio biauricolare sulla sporgenza determinata dalla cisti e percuotendo con un colpo secco di martelletto da riflessi a lato del padiglione dello stetoscopio si ode dopo il primo rumore prodotto dalla percussione uno e due rumori meno forti come una eco.

Secondo gli AA. che non si diffondono ad indagare il meccanismo di produzione di questo segno esso sarebbe pressochè costante ed avrebbe lo stesso valore diagnostico del fremito idatideo. R. PAGGI.

TECNICA MEDICA.

Un nuovo metodo per ottenere tessuto prostatico per la diagnosi istologica.

Viethen (*Br. Beit. z. Klin. Chir.*, v. 161, p. 361, 1935) scrive che l'escissione di frammenti di prostata a scopo bioptico è raramente praticata.

L'A. propone di praticare sistematicamente la biopsia per via uretrale, nei casi di diagnosi dubbia, escidendo dei frammenti con un usuale strumento da elettrotomia, di cui l'elettrodo attivo escida invece di incidere e la corrente usata abbia effetto più di tagliare che di coagulare.

Tecnica: anestesia lombare o sacrale e anestesia mucosa dell'uretra; lavaggio della vescica con soluz. borica con aggiunta di adrenalina e di soluz. citrato sodico 5 % per evitare la formazione di coaguli.

Lo strumento usato è l'elettrotomo di Lichtenberg-Heywalt, in cui l'elettrodo attivo è costituito da un'ansa elittica che permette l'escissione dagli strati profondi.

Con un'ansa di 4 mm. si ottengono frammenti larghi 2-4 mm., lunghi 1-1½ cm.; si può giungere in profondità fin dove si vuole.

Dopo l'escissione si pone per 24 ore un catetere a permanenza, si praticano lavaggi vescicali ecc. Emorragia scarsa; talora febbre facilmente dominabile; mai complicazioni gravi.

Controindicazioni: uretriti purulente, prostatiti purulente, stenosi uretrali, tumefazioni della prostata tanto voluminose da impedire il passaggio del cistoscopio.

L'A. ha praticato senza inconvenienti 40 biopsie, riuscendo sempre a porre la diagnosi precisa. P. STEFANINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Diminuzione della emissione di calore nella sciatica.

E. Edblom (*Klinische Wochens.*, 1935, n. 18) misura la quantità di calore irradiata da tutto l'arto inferiore, introducendolo in un cilindro metallico, in cui si trova un termometro. La temperatura viene letta quando il grado raggiunto rimane costante; il valore è in regolare correlazione con la temperatura cutanea.

Nei normali, la temperatura dei due lati è uguale; soltanto in 3 casi su 35 si sono trovate piccole differenze di 0,2. In 20 individui sofferenti di sciatica idiopatica, si è rilevata una evidente diminuzione della emissione di calore dal lato affetto. Con i controlli mediante la misurazione della temperatura cutanea, si ottennero uguali risultati.

Si ammette che dal lato malato si abbia una più scarsa irrorazione sanguigna. Tale diminuzione nell'emissione di calore costituisce uno dei pochissimi sintomi obbiettivi della sciatica. *fil.*

VARIA

A quale età la produzione intellettuale è veramente originale?

È frequente sentir dire, a proposito della facoltà di produzione inerente ad ogni scrittore ed artista: « a partire da 40 anni è troppo tardi » oppure « è dai 35 ai 40 anni che il talento dell'uomo fiorisce ».

Sul *Journal des Praticiens* del 29 giugno 1935 Georges Bonnamour protesta contro queste affermazioni. La storia dell'arte e delle lettere è piena di esempi che dimostrano come le più grandi opere siano state pensate e compiute dopo i 40 anni.

Renan stesso affermava che è un errore lo scrivere prima dei 40 anni.

La più bella tragedia di Sofocle è stata da lui scritta nella vecchiaia.

È a sessanta anni compiuti che Victor Hugo ha scritto la sua « Légende des Siècles », Ingres ha dipinto la « Fanciulla alla Fonte » a 70 anni, Verdi ha composto con slancio fino al suo ultimo giorno di vita ed è morto vecchio, Voltaire stesso ha scritto le sue migliori opere, i suoi romanzi, quando aveva già da parecchio passati i 65 anni.

Ciò che *consuma* lo scrittore, ciò che gli impedisce di rinnovarsi, di passare dal romanzo alla storia, è, purtroppo, l'essere troppo spesso, per necessità di vita, lo schiavo del pubblico e degli editori, che gli chiedono soltanto della mercanzia da poter esitare facilmente: d'onde la necessità di ripetersi costantemente. I più bei cervelli si atrofizzano a questo esercizio ed è questo che rende illegibili, da una generazione all'altra, quei romanzi, che pur alla loro pubblicazione avevano ottenuto tanto successo.

Forse considerando il fatto che lo scrittore esercita un'arte e non un mestiere servile, si può comprendere perchè egli possa conservare fino a molto tardi le sue facoltà di creazione e persino rinnovarsi in quanto a forma e sfondo del suo pensiero

Ciò che purtroppo è triste è che la società attuale e quella che si sta preparando rende e renderà sempre più difficile la pratica di una simile indipendenza spirituale G. LA CAVA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per l'assistenza agli orfani dei medici morti in guerra.

Sotto la presidenza di S. E. il ten. generale medico Francesco Della Valle, si è riunito il Comitato Nazionale per l'assistenza degli Orfani dei Medici morti in guerra. Hanno partecipato i rappresentanti della Sanità Pubblica prof. Ilvento, della Sanità Marittima gen. Falso, della Sanità Militare col. prof. Santamaria e dell'Opera Nazionale Assistenza degli Orfani di Guerra comm. Cesari. Il presidente all'inizio della seduta ha rievocato con nobili parole il sacrificio e l'eroismo della classe medica in guerra, che diede ben 400 morti sul campo, occupando il secondo posto d'onore, dopo la Fanteria, nella statistica di morte fra le varie Armi e Corpi del R. Esercito combattente.

Il segretario generale prof. Bocchetti ha illustrato i criteri che guidano l'assistenza di questa particolare categoria di Orfani, a cui provvede l'intera classe medica. Sinora sono stati assistiti con borse di studio ben 90 Orfani, di cui già 37 sono laureati o diplomati o ufficiali nel R. Esercito, mentre gli altri sono quasi tutti iscritti alle R. Università del Regno.

Sono state concesse dal Comitato per l'anno 1935 altre 52 borse di studio da L. 2000, L. 1500 e L. 1000 ciascuna e quattro sussidi da L. 500 ciascuno. Ogni orfano è seguito dal Comitato stesso, perchè sia facilitata l'ardua fatica della vita senza la guida e l'aiuto del proprio genitore.

S. E. il generale Della Valle ha chiuso la seduta con parole di viva devozione al Regime, che ha suscitato nella Nazione un rinnovato senso di alta e vibrante solidarietà per tutta la classe degli orfani di guerra e per quanti tutto sacrificarono per la grandezza della nostra Patria.

Per la eliminazione del cumulo degli incarichi tra i sanitari.

La Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti comunica che il Ministero degli Interni, accogliendo i voti del Sindacato nazionale fascista dei medici, tendenti ad ottenere la adozione di misure per le quali possa in qualche modo essere risolto il problema della disoccupazione nella categoria, e particolarmente la eliminazione del cumulo degli incarichi retribuiti tra i sanitari — tra coloro, sopra tutto, che occupano posti in pianta stabile presso le pubbliche amministrazioni — ha pregato con apposita circolare le LL. EE. i Prefetti di prendere le disposizioni necessarie al raggiungimento dello scopo nell'ambito delle rispettive giurisdizioni.

In base a detta circolare, che tiene opportuno conto delle indispensabili eccezioni e limitazioni, i Prefetti sono stati invitati a rivolgere premure agli Enti autarchici dipendenti, alle istituzioni di beneficienza e di assistenza e a tutte le associazioni ed enti assistenziali sanitari, esistenti in provincia, perchè, aderendo al generale indirizzo politico del Regime, esaminino la opportunità di revocare gli incarichi retribuiti, eventualmente affidati a sanitari già provvisti di un assegno fisso, adeguato alle necessità della loro famiglia, ripartendo equamente gli incarichi stessi tra i sanitari che ritraggono scarsi guadagni dalla loro attività professionale e non abbiano occupazioni remunerative.

Sindacato Medico di Palermo.

Il Direttorio del Sindacato Medico della Provincia di Palermo ha deliberato di dispensare gli iscritti al Sindacato, richiamati alle armi per mobilitazione, dal pagamento della tessera e dei contributi associativi.

Il Direttorio del Sindacato, accogliendo poi una analoga richiesta di medici neo-laureati, considerate le particolari difficoltà economiche che attraversa la classe medica, delibera di concedere ai medici, per i primi 4 anni dopo la laurea, la riduzione del 50 per cento sulla quota del contributo sindacale associativo.

Simile deliberazione venne già adottata, fino da parecchi mesi fa, dal Direttorio del Sindacato di Milano.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Avellino 22 agosto; Benevento 25 agosto; Grosseto, Pavia 27 agosto; Avellino, Ragusa 29 agosto; Bologna, Cremona, Grosseto, Milano 30 agosto; Alessandria Aquila, Brescia, Caltanissetta, Catanzaro, Cuneo, Ferrara, Frosinone, La Spezia, ·Littoria, Massa, Macerata, Napoli, Nuoro, Pescara, Piacenza, Pisa, Pistoia, Pola, Potenza, Ravenna, Rieti, Roma, Salerno, Siracusa, Sondrio, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Treviso, Venezia, Vercelli, Verona 31 agosto; Chieti, Foggia, Sassari 15 settembre; Aosta 1 ottobre; Bolzano 10 ottobre.

Per Udine proroga dal 10 agosto al 10 settembre (ore 18).

ANNONE VENETO (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8500. Indennità per mezzo di trasporto da L. 1000 a L. 4000, secondo che sia la bicicletta, motocicletta od automobile. Caro viveri come per legge. Limite di età anni 35 salvo ecc. di legge. Scadenza 31 agosto 1935.

AREZZO. *Ospedale S. Maria sopra i Ponti.* — A tutto il 24 agosto p. v. è aperto il concorso per titoli ad un posto di assistente medico chirurgo coll'annuo stipendio lordo di L. 8000. La nomina è per un biennio riconfermabile per un altro biennio. Richiedere avviso di concorso alla Segreteria.

BAZZANO. — (Vedere BOLOGNA).

Bologna. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posto di Medico Dirigente delle Sezioni Dispensariali di Bazzano, Budrio, Imola, Minerbio, S. Giovanni in Persiceto, Lojano e Vergato (Bologna). Concorso con scadenza alle ore 18 del giorno 25 ottobre 1935-XIII. Stipendio per le sezioni di prima categoria (Bazzano, Budrio, Imola, Minerbio e San Giovanni in Persiceto) L. 5000 lorde; per le sezioni di seconda categoria (Lojano e Vergato) L. 3000 lorde, con tre aumenti quinquennali del decimo, soggetti alle trattenute e riduzioni di legge. Età massima anni 40, s. e. l. Documenti di rito. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare (con sede presso l'Amministrazione Provinciale), Bologna.

Borgosesia (*Vercelli*). — Posto di primario di medicina e Direttore Sanitario del locale Ospedale. Le domande di partecipazione al concorso, in carta da bollo da L. 4 e corredate dai necessari documenti, dovranno pervenire alla Segreteria del Pio Istituto entro il 31 agosto 1935. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

Brindisi. — Posto di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio annuo L. 13.700, oltre gli aumenti periodici di L. 700, L. 800, L. 900, allo scadere del primo, secondo e terzo quadriennio, più L. 3200 pel servizio attivo. Scadenza 20 agosto 1935.

Budrio. — (Vedere Bologna).

Campolongo Maggiore (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000. Indennità per mezzi di trasporto da L. 1000 a L. 4000, secondo che questo sia la bicicletta, la motocicletta o l'automobile. Caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

Castelvetrano. — (Vedere Trapani).

Cona (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000. Indennità per mezzi di trasporto da L. 1000 a L. 4000 (secondo che sia bicicletta, motocicletta od automobile). Caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 salvo ecc. di legge. Scadenza 31 agosto 1935.

Favara (*Agrigento*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8000, oltre quattro aumenti quadriennali del decimo. Limiti di età anni 32 s. ec. di legge. Scadenza 31 agosto 1935.

Fossò (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8500. Indennità mezzi trasporto da L. 1000 a L. 4000 (secondo se con bicicletta, con motocicletta o con automobile) e caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

Imola. — (Vedere Bologna).

Lojano. — (Vedere Bologna).

Lucca. *RR. Spedali ed Ospizi.* — Specialista pediatra-Direttore Sanitario del Brefotrofio. Stipendio annuo L. 6000. Età massima anni 40 salvo eccezioni. Aiuti ed Assistenti Universitari effettivi fino anni 45 (salvo eccezioni). Tassa L. 50. Scadenza 30 settembre 1935-XIII.

Marsala. — (Vedere Trapani).

Melito Porto Salvo (*Reggio Calabria*). — Dall'Ospedale Provinciale « Garibaldi » cercasi assistente con addestramento operatorio per il servizio di urgenza. Inviare domanda e titoli.

Meolo (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8500. Indennità per mezzi di trasporto da L. 1000 a L. 4000 (secondo se con bicicletta, con motocicletta o con automobile). Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

Minerbio. — (Vedere Bologna).

Montebelluna (*Treviso*). *Ospedale Civile « Carretta ».* — Scad. 14 sett.; chirurgo aiuto e chirurgo assistente; stipendi rispett. L. 7340 e L. 7000, non aumentabili; partecipaz.; alloggio. Età limite 30 anni. Tassa L. 25,10. Rivolgersi alla Segreteria.

Montevago (*Agrigento*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 10.000, oltre 4 aumenti quadriennali del decimo. Limiti di età anni 32 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

Nuoro. *R. Prefettura.* — Scad. 31 agosto; assistente nel reparto medico-micrografico e assistente nel reparto chimico del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi; titoli ed esami; stip. L. 12.000; indenn. serv. att. L. 2000. Chiedere annunzio.

Portogruaro (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8000. Indennità per mezzi di trasporto da L. 1000 a L. 4000 (secondo se con bicicletta, con motocicletta o con automobile) e caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

Roma. *Opera Naz. Maternità ed Infanzia.* — L'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia ha bandito, tra altri, i seguenti concorsi d'impiego presso i proprii Uffici centrali:

1) Per titoli: un posto di capo della Divisione assistenza igienico-sanitaria in prova (gruppo A, grado VI).

2) Per titoli e per esami: un posto di segretario sanitario in prova (gruppo A, grado XI).

Il termine per la presentazione delle domande scade il 30 agosto.

Per informazioni e il ritiro dei bandi rivolgersi alla Direzione Generale dell'Opera, in Roma, piazza Adriana 20.

San Giovanni in Persiceto. — (Vedere Bologna).

S. Margherita Belice (*Agrigento*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000, oltre 4 aumenti quadriennali del decimo. Limiti di età 32 anni s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

San Pietro in Volta (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8500. Indennità per mezzi di trasporto da L. 1000 a L. 4000 (secondo se con bicicletta, con motocicletta o con automobile) e caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

Trapani. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami, concorso ai posti di aiuto medico del Dispensario Provinciale e di Direttori delle Sezioni dispensariali di Castelvetrano e di Marsala.

Per aiuto medico del Dispensario Provinciale di Trapani, stipendio lordo L. 11.500 escluse le riduzioni di cui ai RR. DD. 20-11-1930 N. 1291 e 14-4-1934 N. 561. Età massima anni 40. Scadenza 18 settembre 1935.

Per direttori delle Sezioni dispensariali di Marsala e di Castelvetrano, stipendio lordo L. 9500

escluse le riduzioni come sopra. Età massima anni 40. Scadenza 18 settembre 1935.

Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio a Trapani.

VERGATO. — (Vedere BOLOGNA).

BORDIGHERA-SAN REMO, cedesi avviata pratica medica, prelievo impianti moderni, eventualmente apparecchi, mobilia ecc., causa trasferimento fuori provincia. Miti pretese. Scrivere Dott. Cav. G. Piazza, Bordighera.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al prof. Gustavo Pittaluga è stata solennemente conferita la nomina onoraria di professore d'istologia dall'Università nazionale di Messico, ove egli era stato invitato a tenere delle conferenze.

Il prof. Alberto Baraldi è nominato titolare di clinica chirurgica alla Facoltà di medicina di Rosario (Argentina).

Il dott. Adolfo De Sanctis è nominato direttore dell'Istituto pediatrico e dell'Ospedale post-universitario della Scuola Medica dell'Università Columbia a New York.

La Cancelleria federale germanica ha conferito la medaglia Goethe ad Arthur Meyer, dottore *honoris causa* in scienze ed in medicina, consigliere aulico, proprietario della Casa Editrice Ambrosius Barth di Lipsia, in occasione del suo 70° compleanno, in riconoscimento delle sue benemerenze verso l'editoria scientifica.

Il prof. Augusto Ducrey è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti.

Alla Facoltà medica di Marsiglia sono nominati: il dott. Mouges professore di patologia generale e di patologia delle malattie interne; il dott. Cassoute professore di pediatria.

☛ **Utilissimo ad ogni Medico:**

Il Diritto Pubblico Sanitario

Periodico mensile di legislazione e giurisprudenza

Direttori:

On. dott. **Aristide Carapelle,** Consigliere di Stato.
Avv. **Giovanni Selvaggi,** Esercente in Cassazione.
Editori **Fratelli Pozzi — Roma**

Il Numero 7 (Luglio 1935) contiene:

A. CARAPELLE: **La motivazione generica nelle deliberazioni di dimissione dei sanitari per fine del periodo di prova.**

Rassegna di giurisprudenza: Condizioni subiettive per l'assunzione di funzioni pubbliche; indagini dirette; libera docenza. — Servizio pubblico o di pubblica necessità; ricovero di alienati nei luoghi di cura; interruzione. — Concorsi per singole condotte comunali; norme applicabili. — Concorso; servizio militare; criteri di graduazione dei titoli. — Concorso; procedimento. — Casa di cura: infrazione inesistente. — Igiene degli alimenti; latte.

Leggi e Atti del Governo: Regolamento dei concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle provincie.

Prezzo del suddetto numero separato L. **5**

N. B. - L'abbonamento ai dodici Numeri del 1935 costa L. **36**, ma agli associati al « Policlinico » è concesso per sole L. **30**, che vanno inviate, mediante Vaglia Postale o Bancario, all'Amministrazione del « Diritto Pubblico Sanitario » (Editori Fratelli Pozzi), Via Sistina 14, Roma.

NOTIZIE DIVERSE

La difesa sanitaria in Colonia.

Il bilancio di questi pochi mesi, dell'opera e dei provvedimenti sanitari nelle nostre colonie dell'Africa Orientale, è rappresentato da un imponente complesso di attività.

Da una spedalità di soli quattrocento letti si è saliti a ventimila letti, tremila per la Somalia e diciassettemila per l'Eritrea. Ai provvedimenti di difesa della salute della truppa si è aggiunta la tutela di venticinquemila operai.

Fra i duemila operai rimpatriati, un centinaio di malati erano stati colpiti da ricadute di malaria, contratta nella loro sede originaria; sei da dissenteria amebica; uno da febbre ricorrente.

Più difficile è stata l'opera per fronteggiare e vincere le malattie epidemiche.

Nel marzo di quest'anno l'Eritrea fu colpita da pochi casi — in tutto ventidue — di vaiuolo, importato dall'Arabia e dall'Abissinia. L'ultimo caso si manifestò il 4 aprile in un indigeno. Così come in Somalia, anche in Eritrea la battaglia civile fu vinta. Gli ammalati guarirono tutti e oggi, nelle due Colonie, non è segnalato nemmeno un caso di vaiuolo. Vi sono stati due milioni di vaccinazioni contro il vaiuolo in quattro mesi sui soldati metropolitani, sulle truppe indigene, sugli operai, sulle donne e sui bambini delle due Colonie.

Contro il tifo è stata vaccinata la sola truppa. Per consiglio del sen. Castellani, si vanno compiendo anche le vaccinazioni contro la febbre tifoide. In tutt'e due le Colonie non vi sono stati, nel maggio, che tre soli casi di febbre tifoide, tutt'e tre guariti.

Importati dall'Abissinia, si sono sviluppati in Eritrea novanta casi di meningite, tutti brillantemente guariti. Una potente organizzazione è stata quella messa in opera per la lotta contro la malaria nelle poche zone ove essa è identificata (Ghinda, Barentù, Tessenei, Valle del Dogali). Fra truppe, operai e indigeni si sono avuti solo 200 casi di malaria (inclusi quelli che provenivano dall'Italia) e tutti sono stati mirabilmente curati. I sei colpiti di febbre ricorrente sono oggi tutti guariti. Erano quelli che vivevano nella baia di Assab. Nove casi di febbre ricorrente sono scoppiati per provenienze dall'Abissinia. Tutti e nove hanno oggi recuperato la loro salute.

Tutto ciò senza aggiungere le cure preventive e la profilassi contro le malattie veneree.

10° Congresso internazionale di storia della medicina.

È indetto a Madrid dal 23 al 29 settembre, sotto gli auspicî della Società Internazionale di Storia della Medicina, presieduta dal prof. D. Giordano.

Il presidente del Comitato organizzatore, prof. Gregorio Marañon e il segretario generale, prof. Francesco Oliver, coadiuvati da altri professori dell'Università di Madrid, avendo ottenuto sotto l'appoggio del Governo Spagnuolo e dello stesso Presidente della Repubblica Spagnuola S. E. Alcalà Zamora, hanno potuto organizzare con grande vastità di concetti e di mezzi questo decimo Congresso internazionale medico storico, che fa seguito a quelli di Anversa, Parigi, Bruxelles, Londra, Leida, Ginevra, Oslo, Roma, Bucarest.

Insigni personalità di tutte le Nazioni civili han-

no già aderito; e va segnalato che in un volumetto illustrativo della organizzazione attuale e del programma del Congresso — volumetto diramato a tutti i cultori di storia della medicina nel mondo — è premesso un invito redatto anche in lingua latina. In questo appello « Doctoribus Medicis Universis », si fa presente l'importanza della storia della Medicina e si offre l'ospitalità più cordiale a tutti i cultori di essa. « Hispania offert se vobis amicam domum... Terra haec est ubi venustissima latinitas floret... ».

Il Governo italiano fascista è stato il primo ad aderire ufficialmente.

Fra i relatori e gl'iscritti per comunicazioni figurano gl'italiani Giordano, Capparoni, Castiglioni, Bazzocchi, Putti, Piccinini, Serono, Nardi, Lembo, Tanfani, Viana ed altri.

Indubbiamente moltissimi medici italiani parteciperanno a questo Congresso, che offre anche una serie di festeggiamenti, magnifiche gite ecc.

Per ogni ulteriore schiarimento scrivere alla « Segreteria Generale del X Congresso Internazionale Storia della Medicina », Calle de Arrieta 12, Madrid, Spagna.

Interamente consacrato al Congresso è « El Siglo Médico » del 27 luglio: un ricco fascicolo copiosamente illustrato (richiederlo alla sede, Serrano n 58, Madrid).

Il Convegno talassoterapico.

Si è svolto a Rimini l'annunziato Convegno talassoterapico per lo studio dei problemi inerenti alle Colonie marine. Il Convegno è stato organizzato dal Centro di studi talassoterapici di Rimini, sotto gli auspicî del Direttorio nazionale del Partito. L'intervento di medici da ogni parte d'Italia è stato notevolissimo e il Convegno, sotto la presidenza del prof. Donato - Ottolenghi, ha avuto un successo particolare, perchè le comunicazioni e le relazioni svolte hanno dimostrato la grande importanza scientifica e pratica dell'attività sanitaria e assistenziale in favore delle giovani generazioni, per il potenziamento d'una delle più benefiche istituzioni del Regime. Il convegno si è concluso il 28 luglio.

Corsi di puericultura per medici e levatrici.

A cura dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia si svolgerà presso la R. Clinica Pediatrica Universitaria di Napoli, nel periodo dal 30 settembre al 31 ottobre c. a., un corso di puericultura pre-natale e post-natale per medici e nello stesso periodo presso la R. Clinica Ostetrica Universitaria di Napoli un corso di puericultura prenatale e post-natale per levatrici.

I medici e le levatrici che intendono frequentare detti corsi dovranno farne domanda in carta legale alla Federazione Provinciale dell'O. N. M. I. (piazza S. Maria la Nova 44) non più tardi del 20 settembre p. v. unendo alla domanda i medici un certificato di laurea e ricevuta del Banco di Roma Sede di Napoli, comprovante il versamento di L. 50 per tassa di iscrizione, e le levatrici un certificato di diploma e ricevuta dello stesso Banco comprovante il versamento di L. 30 per tassa di iscrizione.

Nessun'altra tassa dovrà essere pagata.

Ai primi due classificati agli esami di ogni corso sarà assegnato rispettivamente un premio di lire 300 e un premio di L. 200.

Sono stati istituiti anche per ciascun corso n. 8 premi (4 da L. 300 e 4 da L. 200) da assegnarsi esclusivamente, sempre in ordine di merito, a medici e levatrici di Comuni rurali.

All'ospedale per bambini di Ancona.

Il 7 luglio S. A. R. il Principe di Piemonte ha inaugurato la nuova sede dell'Ospedale per Bambini di Ancona, Istituto Pediatrico ed Ortopedico ampliato e ricostruito con moderni criteri in posizione molto salubre presso la sponda rocciosa del mare.

Accompagnato dal Prefetto comm. Catalano, S. A. R. ha visitato minutamente l'Istituto, fermandosi presso ogni ricoverato e interessandosi di tutti i reparti; da ultimo si è compiaciuto con il presidente rag. Giannazzi e col direttore prof. Caucci — per i benefattori e i sanitari — per l'opera degna compiuta e per la perfetta organizzazione del servizio.

L'Ospedale, costruito abilmente in modo da offrire ai ricoverati il massimo d'esposizione solare, è costituito d'un Reparto Pediatrico ed un Reparto Chirurgico e Ortopedico, perfettamente attrezzati; è corredato di gabinetti per analisi mediche, per radiologia, per fisioterapia; ha padiglioni d'isolamento per malattie contagiose; ed ha una capienza complessiva di 100-130 letti.

Degno di rilievo è lo sviluppo della Sezione Ortopedica, che si dedica precipuamente a curare quei bambini deformi e minorati dell'apparato locomotore che tutt'ora restano abbandonati (per povertà od ignoranza) specie nelle campagne e nei piccoli centri della provincia. L'Istituzione benefica, in perfetta sintonia con l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, sta svolgendo in modo encomiabile quest'opera di bonifica umana a benefizio delle tenere generazioni e l'Augusta presenza del Principe ha meritevolmente solennizzato l'incremento dell'Istituto.

I sanatori Agnelli.

Con atto di donazione, firmato il 1° agosto a Torino, presso la Direzione compartimentale per il Piemonte e la Liguria dell'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale, il sen. Giovanni Agnelli ha donato all'Istituto stesso i Sanatori Agnelli, che egli aveva messo a disposizione di S. E il Capo del Governo.

Il Duce ha accettato e sanzionato l'iniziativa del sen. Agnelli, assegnando l'imponente complesso dei Sanatori di Valle Chisone all'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. In tale modo il Capo ha voluto assicurare la perfetta continuità della benefica azione sino ad ora svolta nella lotta e nella previdenza della tubercolosi ed ha dato una nuova evidente prova dell'attenzione vigile con cui Egli si preoccupa della salute e dell'assistenza delle classi operaie.

Terme per lavoratori a Fratta.

Il Capo del Governo, presenti l'on. Biagi, il Prefetto, il Segretario federale, l'on. Morelli, i dirigenti dell'Istituto nazionale fascista della Previdenza Sociale ed altre autorità, ha inaugurato il 25 luglio lo stabilimento terme dei lavoratori costruito dal detto Istituto in località Fratta, comune di Bertinoro, per gli operai assicurati contro l'invalidità e vecchiaia aventi forme morbose. Il Duce ha visitato minutamente il vasto modernissimo fabbricato, accolto da manifestazioni di giu-

bilo da parte delle sessanta operaie del primo turno ricoverate da pochi giorni.

Accompagnato dall'on. Biagi, si recava poi a visitare, a Forlì, i lavori del costruendo palazzo dell'Istituto Fascista di Previdenza Sociale, in corso Vittorio Emanuele. Raggiungeva quindi la località Vecchiazzano ove sorgono l'Ospedale sanatoriale e il Sanatorio per bimbi del detto Istituto, opere ormai ultimate e fra le più vaste e perfette del Regime.

Benemerenze di medici e funzionari di Sanità nelle Colonie.

Nelle recenti concessioni di medaglie di benemerenza e di merito alla Sanità Pubblica, ben 46 ricompense sono state assegnate a medici e funzionari delle Colonie.

S. E. Lessona, nel consegnare le medaglie stesse concesse ad alcuni funzionari del Ministero, ha esaltato l'opera dei medici in Colonia, rivolgendo commosse espressioni alla memoria del dott. Francesco Carotenuto, dell'insegnante elementare Lino Nicoletti, decorati di medaglia d'oro, e dell'infermiere indigeno Iaia Ben Issa, decorato di medaglia d'argento. Ha messo in rilievo le ricompense concesse al personale indigeno, che forniscono da un lato la prova chiara e tangibile del modo con cui l'Italia fascista vigila, riconosce e premia le virtù di tutti i suoi figli, mentre dall'altro costituiscono la dimostrazione più nobile del risveglio di una coscienza sanitaria indigena scaturita dalla bontà e dall'umanità dei nostri metodi di civilizzazione coloniale.

Nuovi periodici.

La nuova rivista « Tecnica ospedaliera », diretta dal prof. Nicola Sforza, intende prospettare i progressi che vengono incessantemente compiuti nella scienza e nella tecnica degli ospedali, a cui notorialmente fanno capo attività varie: edilizia, organizzazione sanitaria e amministrazione, ciascuna delle quali presuppone la conoscenza generale delle altre, perchè possa raggiungersi una piena efficienza. Il primo numero del periodico, presentato da E. Ligorio, reca una serie di lavori dovuti a studiosi e tecnici specializzati: gli architetti Marcovigi e Rossi, i sanitari Rosaura Fambi, D'Alessandro, Attilj, gli amministratori Malinverni e Fais; è integrato da una interessante cronaca; è riccamente illustrato. Gli uffici del periodico hanno sede in Roma, via Ludovisi 16; l'abbonamento (ad un volume) importa L. 50 per l'Italia, L. 60 per l'estero.

Cordiali auguri.

Azioni giudiziarie.

La dott.a Sara Blass di Parigi era stata assunta presso il dispensario municipale di un comune, Athis Mons, e, dopo un anno, licenziata con preavviso di sette giorni; stimando ingiustificato il licenziamento, ella chiese un'indennità di 20.500 franchi; poichè il Comune non rispose, la Blass si è rivolta al Consiglio di Stato, portando la richiesta a 45.000 franchi. Il Consiglio le ha dato ragione, ma ha ridotto l'importo dell'indennità a 5000 franchi.

La Corte di Cassazione ha accolto un ricorso del chimico dott. Paolo Lazzarini, direttore del Laboratorio Farmaceutico Veronese, il quale era stato condannato in Tribunale ad un anno e due mesi di reclusione per commercio di stupefacenti, sentenza parzialmente riformata dalla Corte d'Appello di Milano, che riduceva la pena ad un anno, avendo escluso l'aggravante della continuazione. La causa è ora rinviata ad altra sezione della Corte d'Appello di Milano.

Un po' dovunque.

Il 30 luglio sono partiti da Prato per l'Africa Orientale 150 militari di Sanità appartenenti a quel Presidio, fatti segno a numerose manifestazioni di simpatia.

Il 31 luglio sono partiti da Bologna due ospedali da campo con due ufficiali e 150 soldati, tutti volontari della sesta compagnia di sanità diretti al concentramento di Napoli e destinati all'Africa Orientale.

Tre medici canadesi, i dottori prof. Harry Hobbs, E. F. Steward, Edward Sinclair, hanno inoltrato domanda al Ministero della Guerra d'Italia per essere arruolati come volontari nel corpo sanitario italiano in Eritrea o in Somalia. I tre sanitari furono ufficiali medici nel corpo di spedizione canadese in Francia durante la guerra europea.

La Giuria dell'Esposizione Internazionale e Universale di Bruxelles, ha deliberato di conferire all'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia il Gran Premio della speciale categoria per la interessante Mostra, nel Padiglione del Littorio, relativa alla sua attività.

In occasione dell'inaugurazione della prima campagna antitubercolare nella Repubblica Argentina, la Federazione Italiana Nazionale Fascista per la Lotta contro la tubercolosi, è stata invitata ad esporre in una conferenza alla radio lo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia. La sera del 26 luglio pertanto alla stazione dell'Italo Radio in collegamento con tutte le stazioni argentine, l'on. Biagi, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, ha illustrato tutta la vasta azione preventiva e repressiva attuata dal Regime Fascista in tale campo.

Prima di lasciare l'Italia l'accademico brasiliano Aloysio De Castro ha espresso la sua viva ammirazione per il popolo italiano e per il Regime.

Il 4 luglio il sen. Borletti, Ambasciatore d'Italia a Parigi, presidente del « Comitato Francia-Italia », volle offrire un tè alla Sezione Medica del « Comité France Italie », nei giardini del « Petit Palais ». Era circondato da personalità italiane e intervennero alla riunione molte personalità della medicina francese, tra cui il decano Roussy, i proff. Achard, Hartmann, Cunéo, Sergent, Dartigues e molti altri, accompagnati dalle loro Signore. Parlò il prof. Cunéo; poi il conservatore del « Petit Palais » si compiacque di accompagnare i medici nella visita all'Esposizione d'arte italiana.

La 5ª Conferenza dell'Associazione internaz. di pediatria preventiva (Sezione Medica dell'Unione Internaz. di soccorso ai bambini) avrà luogo il 20 e il 21 settembre a Basilea, sotto la presidenza del prof. Wieland. Temi: Misure per evitare i contagi interni ed esterni nei pedocomi; Prevenzione della tubercolosi nella scuola. I medici possono iscriversi presso la segreteria dell'A. I. P. P., rue Lévrier 15, Genève, Svizzera.

Il 31° Congresso della Società It. di laringologia, otologia e rinologia avrà luogo in Bologna dal 20 al 22 ottobre. Tema: « Le petrositi », relatori i proff. G. Merelli e S. Traina.

La Società belga d'oftalmologia organizza una riunione straordinaria a Bruxelles durante l'Esposizione mondiale, per i giorni 21 e 22 settembre, e invita ad essa tutti gli oftalmologi. Temi: La fisiopatologia delle nefriti; Complicazioni oculari delle nefriti; Alcuni aspetti dei rapporti tra l'ipofisi e l'apparato visivo; Trattamento dell'ipertensione oculare complicante le iridocicliti. Rivolgersi al segretario generale, prof. Van Duyse, place Van Artefelde 13, Gand, Belgio. Il 23 settembre, pure a Bruxelles, il Gruppo oto-neuro-oftalmologico belga terrà una seduta speciale sui tumori cerebrali.

Dal 15 al 29 agosto si svolgeranno le Seconde Giornate Sanitarie spagnole; inizieranno a Vigo (15 e 16 agosto); poi i congressiti s'imbarcheranno su di un transatlantico e faranno degli scali a La Carogne, Gijon, Santander, Southampton, d'onde si recheranno a Londra (vi sosteranno dal 20 al 22 agosto), Le Havre (per Parigi: 24-26 agosto), San Sebastiano. Il numero delle iscrizioni è limitato a 100. La segreteria generale ha sede presso il periodico « Salud », Claudio Coello 3, Madrid.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata il 14 maggio, sotto la presidenza del prof. Pagani-Cesa, il 4 e il 18 giugno, sotto la presidenza del prof. Ravertino. Sono state fatte comunicazioni dai soci: C. De Toni; G. Ghidoni, L. Lami; F. Scolari, R. Sassi, F. Spedini.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 10 luglio, con la presidenza del prof. A. Bozzoli, coadiuvato dal segretario dott. M. Bortolozzi. Sono state fatte comunicazioni da: D. Calzavara, G. Veronese, A. Bozzoli, L. Tomasi, F. Pezzato.

Presso i RR. Spedali Riuniti di Pistoia avrà inizio col 1° settembre p. v. un corso teorico-pratico di cultura demografica per levatrici, completamente gratuito, al quale sono invitate le levatrici della Provincia di Pistoia.

Dopo l'insegnamento teorico dei mesi settembre-dicembre 1935, si svolgerà un periodo d'internato in Ospedale durante i mesi di gennaio-aprile 1936. Le iscritte riceveranno vitto ed alloggio gratuito. È in corso l'attuazione di un premio di esame in danaro, mercè il concorso di Enti che sono stati interessati.

La presidenza della Società Italiana di Psichiatria ci comunica:

Questa Presidenza, sicura di interpretare il pensiero dei Colleghi in questo momento storico, nel quale l'Italia guidata dal Duce tutela i propri diritti, opponendosi allo schiavismo e alla barbarie, notifica che non ha inviato e non invierà alcuna adesione alla circolare della Commissione per la « profilassi della guerra », Commissione facente parte della Società Olandese di Medicina, anche in considerazione dei termini nei quali la circolare è redatta. Il Presidente: fto Donaggio.

Il Governo del Brasile ha affidato all'architetto Piacentini, accademico d'Italia, autore del progetto per la città universitaria di Roma, l'incarico di progettare e far edificare la città universitaria di Rio de Janeiro. Si è venuti a questa decisione dopo una visita alle varie città universitarie d'Europa.

Il dott. MARIO VERZOLA, di anni 28, di Padova, dove ricopriva il posto di dirigente dell'ambulatorio celtico, è annegato nel Mincio, mentre si faceva un bagno.

È morto a Chicago, in età di 83 anni, il dott. ERNEST LACKNER, veterano dei pediatri americani.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Dagli abbonati al "Policlinico,, queste pubblicazioni possono ottenersi, addebitate dalla Casa Editrice al prezzo di copertina, contro pagamento a rate mensili.

Ricordiamo le seguenti interessanti pubblicazioni:

Dott. prof. ALESSANDRO ROSSI
Lib. doc. di Fisiologia e Patologia Medica nella R. Università di Padova

Morfologia Clinica e Fisiopatologia del Cuore

Prefazione del prof. L. LUCATELLO.

Eccone l'Indice sistematico:

Prefazione. — **Introduzione.** — PARTE PRIMA: **Morfologia Clinica del cuore.** — Cap. I. **Le dimensioni medie del cuore.** — Cap. II. **Morfologia del cuore e tipi costituzionali.** — Cap. III. **Rapporti di volume tra cuore destro e cuore sinistro nei vari tipi costituzionali.** — Cap. IV. **Indice somatico della morfologia del cuore.** — Cap. V. **Significato della morfologia clinica del cuore.** — PARTE SECONDA: Cap. VI. **Dottrina della funzione cardiaca.** — Cap. VII. **Nozioni fisiologiche sul tono del cuore.** — Cap. VIII. **Applicazioni cliniche della dottrina del tono del cuore.** — Cap. IX. **La legge del cuore.** — Cap. X. **I fenomeni elettrici della contrazione cardiaca.** — Cap. XI. **Rapporti tra fenomeni elettrici e fenomeni meccanici della contrazione cardiaca.** — Cap. XII. **Il valore clinico delle leggi cardiologiche.** — **Letteratura.**

Volume di pagg. VIII-122, con 14 figure nel testo. Prezzo L. **15,** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati, sole L. **13** in porto franco.

Dott. ANTONIO SEBASTIANI
Medico aiuto negli Ospedali di Roma

I disturbi del ritmo cardiaco

Prefazione del prof. **Giuseppe Bastianelli.**

Espone in modo chiaro e semplice l'argomento in apparenza così complesso delle aritmie. Il manuale che è dedicato essenzialmente al medico pratico, è corredato da numerosi e nitidi elettrocardiogrammi (tutti casi osservati personalmente dall'A.), specialmente allo scopo di far intendere meglio in che cosa consiste il disturbo; vi sono riferite le vedute più recenti riguardo alla patogenesi: ed ogni capitolo è chiuso dai « dati clinici » che si riferiscono allo speciale disturbo trattato.

Riportiamo l'Elenco-Indice dei capitoli:

Cap. I. I MEZZI DI ESAME, pagg. 1 a 21. — Cap. II. NOZIONI ANATOMO-FISIOLOGICHE, pagg. 22 a 30. — Cap. III. TACHICARDIA E BRADICARDIA SEMPLICI - ARITMIE SINUSALI, pagg. 31 a 36. — Cap. IV. I DISTURBI DI CONDUZIONE: IL BLOCCO CARDIACO E I SUOI VARI TIPI, pagg. 37 a 57. — Cap. V. Le extrasistoli, pagg. 58 a 79. — Cap. VI. — La tachicardia parossistica, pag. 80 a 91. — Cap. VII. PRODUZIONE DI NUOVI CENTRI DEL RITMO, pagg. 92 a 94. — Cap. VIII. IL « FLUTTER » AURICOLARE, pagg. 95 a 109. — Cap. IX. LA FIBRILLAZIONE AURICOLARE, pagg. 110 a 134. — Cap. X. IL POLSO ALTERNANTE, pagg. 135 a 138. — BIBLIOGRAFIA.

Volume in-4°, con 73 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **18,** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati, sole L. **16** in porto franco.

Prof. Dott. DARIO MAESTRINI
Docente di Fisiologia nella R. Università di Roma

Cardiografia ed Elettrocardiografia Angiografia

Prefazione del prof. **S. BAGLIONI**
Direttore dell'Ist. di Fisiologia nella R. Univ. di Roma

Riportiamo, in riassunto, l'Indice Sistematico:

I. **Tonografi.** - II. **Pletismografi.** - III. **Miocardiografi.** - IV. **Nuovo doppio tonografo per il cuore di animali inferiori.** - V. **Elettrocardiografo di Einthoven.** - VI. **Apparecchi per lo studio dei movimenti dei vasi.** *Sfigmografia. Apparecchi per la registrazione contemporanea del polso arterioso, dell'ictus cordis e della pulsazione dell'atrio, nell'uomo.* - VII. **Apparecchi per lo studio della pressione del sangue.** *Chimografia* - **Bibliografia.**

Volume di pagg. VIII-168, con 64 figure nel testo. Prezzo L. **20,** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati, sole L. **17** in porto franco.

Dott. prof. C. L. SACCONAGHI
Medico primario negli Ospedali Civili di Brescia

La Clinica della ADESIONE PERICARDICA

(Fibrechia del cuore) **nell'aspetto suo diagnostico**

Opera premiata dalla R. Università di Roma « Medaglia d'oro al merito clinico » Guido Baccelli.

Ne riportiamo, in riassunto, il Sommario:

Prefazione. - I. La difficoltà e l'utilità della diagnosi. - II. Definizione della « *Fibrechia del cuore* » e analisi dei suoi elementi anatomici (*Sinechia; Periechia; Prosechia*). - III. Concetti clinici preliminari. I momenti clinici (semplice presenza; cardiopessia; cardiocatechia) nella relazione loro con gli elementi anatomici fibrechiali. - IV. Cenni storici. - V. I singoli segni (pagina 26 a 163). - VI. Il complesso dei segni. - VII. Dati statistici etiologici su la fibrechia. - VIII. La diagnosi. - Bibliografia.

Volume di pagg. VIII-200. Prezzo L. **20,** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati, sole L. **16** in porto franco.

Dott. ENRICO PERITI
Medico aiuto nel R. Arcispedale « S. Maria Nuova » di Firenze.

L'insufficienza del Cuore

con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.

Prefazione del prof. LUIGI SICILIANO della R. Università di Firenze.

Riportiamo, in riassunto, l'Indice del libro:

PREFAZIONE. — INTRODUZIONE. — PARTE PRIMA. CAP. I. **Nozioni di anatomia e fisiologia del miocardio.** - Cap. II. **Mezzi di esame.** — PARTE SECONDA. Cap. I. **Alcuni disturbi del ritmo cardiaco in relazione con l'insufficienza del cuore.** - Cap. II. **L'ipertrofia del cuore e l'ipertensione arteriosa.** - Cap III. **La dilatazione del cuore.** - Cap. IV. **I metodi di indagine della funzionalità del cuore.** — PARTE TERZA. Cap. I. **L'insufficienza del cuore.** - Cap. II. **L'insufficienza delle cavità destre.** - Cap. III. **L'insufficienza dell'orecchietta.** Cap. IV. **L'insufficienza relativa del ventricolo sinistro.** — **Bibliografia.**

Volume di pagg. XII-118, con 24 figure nel testo. Prezzo L. **22,** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati, sole L. **18** in porto franco.

Prof. Dott. DARIO MAESTRINI

IL CUORE DEL TUBERCOLOSO

(Studio morfologico, clinico ed anatomo-patologico)

Prefazione dell'On. Prof. EUGENIO MORELLI

Ecco l'Indice-Sommario di quanto nel volume è trattato:

PREFAZIONE - INTRODUZIONE, pag. 1. — PARTE I. **Morfologia clinica del cuore normale** (in quattro capitoli), pagg. 3 a 32. — PARTE II. **Morfologia clinica del cuore del tubercoloso** (in quattro capitoli), pagg. 33 a 58. — PARTE III. **Sulla funzionalità del cuore del tubercoloso** (in sette capitoli), pagg. 59 a 194. — PARTE IV. **Alterazioni anatomo-patologiche del cuore nel tubercoloso, pagg.** 195 a 212. — **PARTE V. Riassunto e conclusioni,** pagg. 213 a 222. — PARTE VI. **Conclusioni generali,** pag. 223. — PARTE VII. **Bibliografia,** pagg. 224 a 230. — PARTE VIII. **Indice alfabetico degli autori citati,** pagg. 231 a 232.

Volume in-8°, di pagg. VIII-232, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 107 figure e 60 tavole intercalate nel testo.

Prezzo L. **30,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **25** in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA

ANNO XLII Roma, 19 Agosto 1935 - XIII Num. 33

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Clinica delle Malattie dell'Apparato Respiratorio
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: On. Prof. E. MORELLI.

Sui diversi tipi di pneumococco presenti nelle polmoniti lobari osservate in Roma durante il periodo marzo-maggio 1935.

GIUSEPPE DADDI, aiuto e lib. docente;
AUGUSTO FABRIS, aiuto Ospedali Riuniti.

Già da tempo numerosi patologi e clinici, fra i quali alcuni italiani e specialmente il Banti, in base a constatazioni cliniche e sperimentali sul possibile differente decorso delle infezioni pneumococciche, avevano osservata e denunciata l'esistenza di molteplici ceppi di pn. dotati di proprietà biologiche diverse. Però, è ai lavori di Neufeld e Haendel che risalgono le prime indagini sistematiche sierologiche sui varî stipiti di pn., indagini che per opera particolarmente di AA. americani hanno portato all'identificazione di una numerosa serie di tipi di pn., differenziabili in base alle loro diverse proprietà immunologiche.

È adesso universalmente conosciuto come fra i pn. si distinguano i tipi I, II e III, che si incontrano con maggior frequenza fra i polmonitici ed un gruppo IV o X comprendente una serie di tipi che vanno dal IV al XXXII. Siccome questi ultimi hanno nell'adulto un'importanza epidemiologica generalmente minore a quella dei primi e d'altro lato, il loro accertamento necessita di mezzi fuori del comune, nella pratica abituale i pn. in esame vengono cimentati solo con i sieri specifici dei tipi I, II e III, assegnando al gruppo X tutti quelli che non reagiscono con detti sieri.

Dal complesso delle ricerche eseguite in molti paesi è risultato che le polmoniti lobari sono dovute prevalentemente ai pn. dei tipi I e II, i quali si ritrovano anche con grande frequenza nelle vie aeree dei sani viventi a contatto con polmonitici. Invece, i pn. III e quelli del gruppo X prevalgono nelle forme broncopneumoniche e, specie questi ultimi, costituiscono la maggioranza dei pn. presenti nell'apparato respiratorio degli individui sani non in rapporto con polmonitici, individui sani nei quali il tipo I e II si incontrano assai più raramente.

L'accertamento di questa diversa distribuzione dei tipi di pn. fra gli individui sani e

malati è stato essenziale per dimostrare come nell'insorgenza della p. lob. (polmonite lobare), accanto a fattori individuali ed ambientali di innegabile importanza, abbia valore determinante il contagio sia diretto con polmonitici sia indiretto attraverso i portatori.

Anche se per ora il quadro epidemiologico delle infezioni da pn. rimane fissato entro le grandi linee brevemente suaccennate, si è visto come esso possa modificarsi da una regione all'altra e nella stessa regione in epidemie successive o in momenti diversi di una stessa epidemia.

Un esempio tipico delle differenze che si possono avere nella distribuzione dei pn. in rapporto alle polmoniti lobari si riscontra nelle ricerche eseguite da Griffith in tre anni successivi nello stesso distretto (v. Tab. I).

TAB. I.

Periodo delle ricerche	Totale casi esaminati	Percentuale			
		Tipo I	Tipo II	Tipo III	Gruppo X
Apr. 1920 - Genn. 1922	150	30.6	32.6	6 6	30.0
Feb. 1922 - Ott. 1924	61	42.6	21.3	3.2	32.7
Nov. 1924 - Mar. 1927	67	34.3	7.4	4 4	53.7

da Griffith.

Sempre per illustrare la diversità dei risultati avuti in vari paesi nella tabella II in confronto a quelle notissime degli AA. americani, riuniamo le percentuali di alcuni AA. recenti.

TAB. II.

Autori	Località	Anno	Tipo I %	Tipo II %	Tipo III %	Gruppo X %
Cecil-Baldwin, Larsen .	New York	1921–1925	33 6	10.2	13.4	33.1
Gundel	Heidelberg	1931	70.8	23.4	5.8	0
Viktorow	Mosca . .	1933	38.1	15	7.8	39.1
Becker	Lipsia . .	1933	40	32.1	15.8	12.1

Anche in Italia numerosi AA. hanno ricercato la presenza dei vari tipi di pn. nelle polmoniti lobari.

Nel 1920 a Torino, Strumia (*Arch. Soc. Med.*, 1921, pag. 188), procedendo dapprima all'isolamento e poi all'agglutinazione sui germi coltivati in brodo glucosato con l'1 % di carbonato di calcio, trovò nelle polmoniti le seguenti percentuali dei vari tipi di pn.: tipo I, 64,2 %; tipo II, 14,2 %; tipo III, 14,28 %; gruppo IV, 7,1 %. Circa il decorso e particolarmente la curva febbrile lo Strumia osservò differenze notevoli fra i vari tipi. Dei 7 casi mortali osservati (24,8 %) in uno, rapidamente fatale, fu constatata la contemporanea presenza di pn. del tipo I e del tipo III; dei rimanenti, 5 appartenevano al gruppo I ed uno al tipo III.

Sono dello stesso anno le importanti ricerche eseguite a Roma da Pontano (*Ann. di Igiene*, 1922, pag. 525), il quale anzichè determinare il tipo dei pn. presenti nello sputo ha preferito esaminare i pn. isolati mediante emocoltura, coltura dal materiale prelevato da puntura del polmone e coltura dal liquido articolare purulento. In tal modo l'A. si metteva al riparo dall'errore derivato dalla possibilità che i topolini soccombessero ad infezione da pn. del gruppo IV ospiti della bocca nonostante che pn. di altro tipo potessero essere l'agente della polmonite.

Dopo aver isolato ed identificato i germi, le prove di agglutinazione macroscopica vennero compiute su pn. sviluppati in agar-ascite ed in siero di Loeffler. Le diluizioni usate furono 1:20-1:100 per i sieri anti-I ed anti-II ed 1:60 per il siero anti-III.

Su 70 ammalati l'isolamento dei pn. riuscì positivo in 27 ed i tipi risultarono distribuiti con la seguente percentuale: tipo I 51 %, tipo II 22 %, tipo III 11 %, gruppo IV 4 %. La mortalità globale fu di 16,9 % (compresa quella dei casi riusciti negativi all'isolamento del pneumococco). La mortalità fra i casi nei quali fu possibile isolare il pn. dal sangue fu assai più elevato, circa il 37 %, fenomeno già conosciuto dalle ricerche degli AA. americani e confermato dagli AA. successivi come Viktorow e Collab. (25 %), (*Ztrbl. Bakt.*, Orig., B. 130, pag. 135, 1933), Christie (45 %) (*Lancet*, II,

1933, pag. 804) Chruickshank (23,3 %) (*Lancet*, I, 1933, pag. 563). Pontano osservò inoltre che mentre la batteriemia pneumococcica si riscontra molto spesso fino al 4° giorno anche nei casi di ordinaria gravezza, nei giorni successivi si trova positiva prevalentemente nei casi gravi. In riferimento alla discussione sull'importanza patogena dei pn. del gruppo IV o X, desideriamo richiamare l'attenzione sulla positività dell'emocoltura con pn. del gruppo X accertata da Pontano, che depone per il valore etiologico dei pn. nel gruppo X nella polm. lob.

Soffermandosi a considerare le caratteristiche delle polmoniti nei casi studiati, Pontano non ebbe a notare alcuna differenza clinicamente utilizzabile in rapporto alla presenza dell'uno o dell'altro tipo, rimarcando tuttavia come le complicanze pleuriche ed articolari fossero più frequenti con i tipi I e III.

Nel periodo primaverile del 1922, in Lombardia Declich (*Biochimica e terapia*, 1922, pag. 293), esaminando 33 ceppi isolati da 25 polmonitici, da 2 casi di epatizzazione polmonare, da 3 casi di empiema, da un caso di essudato tonsillare e da due casi di infezione pneumococcica primitiva in animali, trovò i vari tipi così distribuiti: I 45,4 %; II 2,42 %; III 0 %; gruppo IV 30,3 %.

In una serie di ricerche durata da marzo 1921 al febbraio 1923, Marginesu e Corda, (*Policlinico*, Sez. Medica, 1923, pag. 610) osservarono a Siena in 52 affezioni pneumococciche (di cui 45 p. lob.) il ricorrere dei vari tipi di pn. nelle seguenti proporzioni: tipo I 34,7%; tipo II 21,73 %; tipo III 13,4 %; gruppo IV 30,43 %.

Dal punto di vista tecnico gli AA. si servirono di un procedimento che differisce da quelli comunemente usati: essi infatti ricercarono l'agglutinazione allo stato nascente dei pn. sviluppati seminando in provette contenenti i sieri diagnostici diluiti in brodo a 1:10-1:40 il sangue del cuore dei topolini inoculati con materiale in esame. Come Declich e Pontano, anche gli AA. ebbero una percentuale piuttosto bassa per il tipo II; in quanto al gruppo IV trovarono invece una forte percentuale rispetto a quelle di Strumia e di Pontano. Da rilevare l'alta mortalità globale (23,9 %) constatata da Marginesu e Corda e, nelle cifre parziali di mortalità in rapporto ai tipi, la prevalenza assoluta del tipo IV. Gli AA., a differenza di Strumia, non trovarono diversità sostanziali nelle curve febbrili fra un tipo e l'altro, e misero anzi in evidenza come per uno stesso tipo si potessero avere curve regolari ed irregolari.

Dalle agglutinazioni di Gazzotti (*Giorn. Batt. ed Immunol.*, 1931, vol. II, 432), compiute sui pn. sviluppati nel brodo seminato col sangue del cuore dei topolini inoculati col materiale in esame, ricompare invece la prevalenza dei tipi I, II e III sul gruppo IV, secondo queste percentuali: tipo I, 43,3; tipo II, 26,6; tipo III, 23,3; gruppo X, 3,3.

Ancora a Torino, Colombo e Roversi (*Min. Med.*, 1932, vol. I, pag. 745), nelle indagini compiute sull'efficacia della terapia con siero di convalescente nelle p. lob., trovarono i pn. così distribuiti: tipo I, 79 %; tipo II, 16,6 %; tipo III, 4,4 %; tipo IV, 0.

Le più vaste ricerche compiute in Italia sui vari tipi di pn. nelle p. lob. sono state quelle fatte da Levi (*Policlinico*, Sez. Medica, 1933, pag. 38) a Firenze nel 1931-32. Quest'A. procedeva dapprima all'inoculazione sottocutanea in topolino di un piccolo blocchetto di escreato, prelevando poi dal cuore dell'animale morto una goccia di sangue che veniva seminata in brodo o in acqua peptonata con 0,2 % di glucosio: non appena la coltura raggiungeva un modico intorbidamento, procedeva all'agglutinazione microscopica ponendo in contatto una goccia della coltura ed una goccia di siero puro o diluito. La lettura della reazione veniva fatta subito o dopo al massimo 5' a 37°. In alcuni casi si ebbero reazioni positive complete per un tipo e debolmente positive per un altro: tali doppie agglutinazioni avvennero spesso per i tipi I e II e dall'A. furono attribuite più a reazioni di gruppo che non alla associazione reale di vari tipi di pn. in uno stesso individuo. I risultati globali di Levi non dettero percentuali molto diverse per i vari tipi: tipo I, 29,5 %; tipo II, 24,3 %; tipo III, 18,9 %; gruppo IV, 27,3 %. Viceversa apparvero differenze sensibili nei risultati parziali in rapporto ai vari periodi attraverso ai quali fu protratta l'osservazione. Il fenomeno più interessante rilevato fu dato dalla netta prevalenza dei pn. gruppo IV nel periodo di gennaio-febbraio 1932, epoca nella quale essi comparvero nel 42,3 % delle polmoniti parallelamente ad un regresso nella frequenza specialmente del tipo II.

È importante notare, inoltre, che tutte le polmoniti del gruppo IV nel periodo gennaio-febbraio 1932 ebbero un decorso atipico, caratterizzato da un periodo prodromico a tipo influenzale, seguito da uno stato di malattia dichiarata, ma con reperto obiettivo e decorso spesso anormali, tanto da far pensare piuttosto a fatti bronco-polmonari; supposizione ripetutamente smentita dai risultati delle necroscopie.

Successivamente a quelle del Levi compaiono in Italia le ricerche di Chiti a Pisa (*Policlinico*, Sez. Prat., 1934, pag. 443). Usando una tecnica analoga a quella di Levi, con la sola differenza che i pn. ottenuti dai topolini anzichè in brodo venivano fatti sviluppare sull'agar-sangue, Chiti su 30 casi ha ottenuto le seguenti percentuali: tipo I, 43,3 %; tipo II, 20 %; tipo III, 18,9 %; gruppo IV, 30,3 %. L'A. ha trovato inoltre una mortalità del 6,6 % data esclusivamente dal tipo I (2 casi). Nel lavoro di Chiti importa notare che parte dei pazienti da cui si isolarono pn. del tipo I, del tipo II e del tipo IV erano affetti da bronco polmonite.

Sempre nel 1934, Lecchini (*Atti R. Acc. Fisiocr.*, Siena, 20-VII-1934) ha ottenuto in Siena risultati diversi da quelli del Chiti. Servendosi dell'inoculazione dell'espettorato sottocute o nel peritoneo del topolino e dell'agglutinazione dei pn. in tal modo ottenuti, l'A. in 76 pazienti di p. lob. trovò i singoli tipi così ripartiti: tipo I, 40,7 %; tipo II, 43,4 %; tipo III, 10,5 %; gruppo IV, 5,3 %. La mortalità globale riscontrata fu del 15,9 % e quella in rapporto ai vari tipi fu del 12,5 % per il I, del 15,1 % per il II, 37,5 % per il III. Le complicanze (empiema, endocardite, otite ecc.) si ebbero nel 14,4 % dei casi. Lecchini riscontrò inoltre una particolare benignità delle polmoniti da pn. tipo IV le quali in 3 su 4 casi osservati si risolvettero per lisi.

Motivo di particolare interesse sono le ricerche di Chiovenda compiute fra il febbraio ed il giugno del 1934 (*Boll. Ist. Sieroter. Mil.*, 1934, pag. 781) prelevando il materiale d'esame direttamente dalle zone epatizzate dei polmoni di cadaveri di individui morti per polmonite lobare, clinicamente ed anatomopatologicamente tipica. Da 40 su 42 casi studiati l'A. riuscì ad isolare ceppi di pneumococco che, coltivati e cimentati con sieri specifici, risultarono così suddivisi fra i vari tipi: I, 20,1 %; II, 27,5 %; III, 20,1 %; gruppo, X 32,5 %. Appare da queste cifre una leggera prevalenza del gruppo X rispetto agli altri, prevalenza riscontrata sovratutto nel periodo maggio-giugno, mentre nel periodo febbraio-aprile la frequenza non solo fu pressapoco eguale per i singoli tipi, ma si ebbe anzi una predominanza del tipo II.

Quindi, anche senza poter fare un parallelo fra le ricerche sul cadavere e le ricerche sul vivo, è bene mettere in evidenza come le indagini di Chiovenda concludono in senso opposto a quelle del Levi, che invece ebbe a trovare la maggiore frequenza nel gruppo X proprio nei mesi invernali.

Per fare la diagnosi di tipo di pn. ci si può servire delle prove sia di precipitazione che di agglutinazione. Queste ultime sono state quelle finora più largamente adottate, cimentando i pn. in esame con i sieri immuni del tipo I, II e III ed assegnando genericamente al gruppo IV o X i pn. non agglutinati dai 3 sieri tipo-specifici.

Numerosi sono stati i metodi impiegati per giungere alla diagnosi di tipo, di cui alcuni complicati ed altri assai più semplici e di facile impiego nella pratica medica.

Appartengono ai primi quei procedimenti che si iniziano con l'isolamento in coltura e l'eventuale accertamento di proprietà colturali e biologiche caratteristiche dei pn., procedimenti che richiedono anche due o più giorni prima di portare ad una conclusione e che adesso si può dire vengono usati solo per ricerche d'indole più propriamente batteriologica. Tuttavia l'isolamento colturale può diventare di necessaria applicazione nella diagnostica quando le ricerche debbono eseguirsi per esempio sul sangue.

Però, siccome la massima parte dell'indagini diagnostiche vengono compiute sugli espettorati, i metodi che attualmente trovano il più largo impiego sono molto semplici, limitandosi ad accertare l'agglutinabilità dei pn. sia direttamente nello sputo sia nell'essudato peritoneale di topolini inoculati con materiale in esame. D'altronde, numerose esperienze hanno ormai dimostrato la completa attendibilità di questi metodi semplici.

L'agglutinabilità dei pn. può essere ricercata sia macroscopicamente che microscopicamente.

Per la prova macroscopica si procede come segue:

Si inietta nel peritoneo di un topolino circa cc. 0,5 di materiale patologico (sputo, essudato), eventualmente stemperato con sol. fisiol. sterile e dopo 6-12 ore si raccoglie l'essudato peritoneale formatosi lavando la cavità addominale con cc. 5 di sol. fisiol. Si sottopone l'essudato così raccolto ad una prima breve centrifugazione, onde sedimentare i detriti cellulari, si decanta e poi si centrifuga ancora fortemente per concentrare al fondo i pn. che vengono risospesi in sol. fisiol., ottenendo in tal modo la sospensione per le prove di agglutinazione. La sospensione batterica viene aggiunta in parti uguali alle diluizioni del siero (1:20 per i sieri anti-pn. I e II e 1:5 per i sieri anti-pn. III e lasciato in termostato a 37° per 1 h.) (Neufeld e Schitzer, in Kolle ecc.: *Handbuch d. Path. Mikroorg.*, III Ediz., 1928.

La *prova microscopica* può anche essere preliminare a quella macroscopica e servire di orientamento. Dopo 6-8 h. dall'iniezione peritoneale, passando attraverso la parete addominale con un ca-

pillare si preleva un poco dell'essudato; su un vetrino coprioggetti si porta un'ansata di siero anti-pn. I ed una del siero anti-pn. III in ciascuna delle quali si stempera un'ansata dell'essudato (prima diluita in una goccia di sol. fisiol.) con una ansata di una soluzione molto tenue di cristalvioletto, che facilita la visione dei pn. Si copre con un portaoggetti e si esamina al microscopio.

Nelle agglutinazioni con sieri poco diluiti si possono incontrare reazioni non specifiche che vengono chiarite usando i sieri stessi in diluizioni progressive.

Neufeld ebbe ad osservare che i pn. messi in contatto con i sieri immuni corrispondenti poco diluiti presentano un rigonfiamento (Quellung) della capsula molto evidente e caratteristico. Valendosi della costante specificità di questo rigonfiamento, che si verifica parallelo all'agglutinazione, Sabin ha proposto (*J.A.M.A.*, vol. 100, 1583, 1933) un metodo semplice per la diagnosi di tipo dei pn. da eseguirsi direttamente sui materiali patologici e che riassumiamo brevemente:

È necessario anzitutto adoperare sieri di coniglio fortemente immunizzati, poichè i sieri di cavallo dànno reazioni non specifiche e che non possono venire eliminate con la diluizione, perchè in presenza di siero diluito non si ha più il rigonfiamento della capsula. Occorre poi, secondo l'indicazione dell'A., che gli espettorati vengano esaminati freschi (al massimo una o due ore dopo che sono stati raccolti), dato che i pn. si autolizzano rapidamente. Con un'ansa di mm. 2 di diametro si portano su un coprioggetti (mm. 22-50) due straccetti di espettorato, mescolando ciascuno di questi con eguale quantità di siero non diluito e con un'ansata di bleu di metilene alcalino standard. Si luta il vetrino e si copre con portaoggetti incavato; si inverte la posizione e si esamina con l'immersione, a luce artificiale bleu. Per quanto la reazione avvenga immediatamente è bene attendere un paio di minuti.

Nei preparati a goccia pendente i pn. ordinariamente non si mostrano provvisti di una capsula vera e propria, ma al massimo si presentano circondati da un debole alone lucente a contorni non definiti: quando invece i pn. siano stati messi a contatto con il siero specifico corrispondente essi appaiono circondati da un'ampia zona periferica rifrangente, che non prende il colore e che ha contorni ben definiti, mentre i germi hanno assunto il colore bleu. Il rigonfiamento può essere di varia entità anche per pn. di uno stesso tipo: in genere sono i pn. del tipo II quelli che lo danno in maggiore misura.

Si può avere talvolta anche agglutinazione, però il rigonfiamento non dipende da questa ed è così caratteristico e specifico che basta trovarlo in uno solo pn. per poter fare la diagnosi di tipo.

Sabin riferisce nella pubblicazione originale di aver usato i sieri anti-pn. I e II, poichè questi erano quelli che aveva a disposizione. L'utilità e l'efficacia della ricerca compiuta col metodo di Sabin sono state confermate da Gundel, da Heffron e Varley (*Am. J. pub. Health*, 1932, pag. 1230) e da Anderson (*J.A.M.A.*, vol. 102, 1286, 1933).

Contemporaneamente a Sabin, Neufeld e Etinger-Tulczynska proposero di applicare la reazione diretta di Neufeld nell'espettorato servendosi di una tecnica, nella quale assume grande importanza l'accertamento microscopico preventivo dei pn. (*Zeitschr. f. Hyg.*, B. 115, 431, 1933).

Scegliere un blocchetto di espettorato nel quale l'esame microscopico abbia messo in evidenza diplo- o streptococchi gram-positivi. Per stabilire che si tratta veramente di pn. si stempera a mezzo di una ansa robusta su un vetrino portaoggetti una parte del blocchetto in sol. fisiol. e se ne mescola un'ansata con una di collargolo al 15 %: in questo modo le capsule si rendono fortemente evidenti ed un osservatore esercitato può arrivare a distinguere quelle del tipo III, particolarmente larghe e poco nettamente delimitate. Dopo questa ricerca preliminare si mescolano 3 ansate del blocchetto così ben stemperato rispettivamente ciascuna con una ansata dei sieri I II, III, e con un'ansata di bleu di Loeffler diluito 1:5.

Dopo 5' è avvenuta la colorazione dei corpi bacillari e si può fare la diagnosi di tipo.

Per l'importanza pratica e teorica di queste ricerche e date le diverse percentuali riportate dai vari AA. italiani, ci è parso non inutile compiere un nuovo studio sulla frequenza dei vari tipi di pn. nelle p. lob. a Roma (*).

Il materiale clinico da noi esaminato è stato accuratamente scelto fra i casi di p. lob. più classici, eliminando tutti quelli che nonostante una sintomatologia dichiarata, potevano dare adito a qualche dubbio. Abbiamo pertanto escluso di proposito tutte le polmoniti secondarie (ipostatiche) e fra le affezioni apparentemente primitive dell'apparato respiratorio tutte quelle che per la sintomatologia fisica e per il decorso potevano eventualmente prestarsi a confusioni con processi broncopneumonici, sia pure del tipo pseudolobare.

A parte l'accertamento microscopico di pn. nell'espettorato, si comprende come la diagnosi di polmonite, essendo essenzialmente clini-

(*) Il materiale clinico ci è stato fornito da due dei grandi Ospedali di Roma (Ospedale al Policlinico Umberto I; Ospedale di S. Spirito in Sassia). Ai Primari dei reparti che ci hanno permesso lo studio dei malati i nostri più vivi ringraziamenti.

ca, venne sempre formulata in base ai sintomi clinici principali, locali e generali.

Sapendo come non tutte le volte si riesca a sorprendere la batteriemia pneumococcica e come questa si verifichi in proporzione differente per i diversi tipi di pn., abbiamo ritenuto opportuno eseguire le nostre indagini sugli espettorati, che, raccolti alla mattina in capsule del Petri sterili, vennero sempre nelle prime ore del pomeriggio sottoposti agli esami necessari (cioè dopo circa 5-6 ore che erano stati emessi).

Nella grande maggioranza dei casi l'espettorato è stato raccolto fra la quarta e la sesta giornata. Trattandosi di materiale ospedaliero, pochissimi, e per ragioni ovvie, sono stati i malati capitati alla nostra osservazione nelle prime tre giornate di malattia.

Tenendo presente il riferimento pratico principale della ricerca dei vari tipi di pn. nei polmonitici, cioè la maggiore rapidità possibile di identificazione per poter porre in atto quanto prima una terapia specifica, invece di procedere all'isolamento colturale e poi alle prove di agglutinazione, abbiamo preferito ricorrere sia al metodo dell'inoculazione del topolino, sia a quello della diagnosi diretta sull'espettorato secondo Sabin.

I sieri diagnostici anti-pn. I, anti-pn. II ed anti pn.-III ci sono stati forniti dall'Istituto R. Koch di Berlino: purtroppo, la mancanza dei sieri dei tipi appartenenti al gruppo X ha costretto anche noi ad assegnare a questo gruppo in blocco, anonimamente tutti i pn. non agglutinabili dai 3 sieri specifici.

Nella maggioranza dei casi, all'inoculazione nel topolino abbiamo fatto precedere l'esame diretto dell'espettorato secondo il metodo di Sabin. Quando questo riusciva negativo, e ciò poteva accadere sia perchè i pn. avevano persa la capacità di reagire col rigonfiamento della capsula, sia perchè appartenevano al gruppo X, procedevamo senz'altro all'iniezione endoperitoneale nel topolino bianco di circa cmc. 0,50 di espettorato, opportunamente diluito con sol. fisiol. sterile. Se dopo 12 h. dall'inoculazione i topolini non erano morti, venivano uccisi e l'essudato peritoneale utilizzato per la ricerca microscopica in goccia pendente dell'agglutinazione dei pn. e del rigonfiamento della loro capsula.

Poichè non ci consta che altri abbia finora esperimentato in Italia il metodo di Sabin, riferiamo brevemente quello che detto metodo ci ha reso. Esso è stato praticato 60 volte ed è riuscito positivo in 13: in tutti i casi positivi, meno 1 in cui si trovavano pn. del tipo II, si trattava di pn. del tipo I e ciò si spiega facilmente pensando alla riscontrata assoluta preponderanza di questo tipo e del gruppo X inagglutinabile.

A parte quelli del gruppo X, crediamo che i rimanenti casi negativi possono essere attribuiti al fatto che gli espettorati, per ragioni materiali, non venivano esaminati immediatamente come raccomanda Sabin, ma dopo circa 5-6 ore. I casi riusciti positivi in queste condizioni sembrano avere un particolare valore, in quanto indicano come alcuni ceppi per condizioni intrinseche ai germi o del mezzo in cui essi si trovano, possono conservare abbastanza a lungo la rigonfiabilità della capsula. Tale risultato è degno di nota perchè dimostra come in un discreto numero di casi la ricerca diretta sullo sputo possa consentire una rapida diagnosi anche in espettorati non più freschissimi, evitando dispendio di tempo e di danaro e sopratutto accorciando il periodo di attesa prima di poter applicare la sieroterapia specifica. Riteniamo, quindi, che il metodo di Sabin possa entrare nell'uso corrente, almeno come ricerca preliminare.

Dei 90 casi esaminati, ne abbiamo ritenuti validi solo 85, scartando gli altri sia per dubbi sorti sulla giustezza della diagnosi, sia perchè l'esame batteriologico non aveva dato risultati netti. Le percentuali da noi trovate vanno così ripartite: tipo I, 50,5 %; tipo II, 10,5 %; tipo III, 2,3 %; gruppo X, 36,4 %. Riportiamo nella tab. 3 i risultati nostri assieme a quelli ottenuti dagli altri AA. italiani.

Da un punto di vista generale si può dire che, anche indipendente dai casi di nostra osservazione, le polmoniti notate a Roma nella primavera 1935 sono state caratterizzate nel loro complesso da una notevole benignità.

Nei casi da noi studiati si sono avuti solamente 11 decessi, corrispondenti alla percentuale, invero molto bassa, del 12,9 %; percentuale inferiore anche a quella del 16,9 % osservata da Pontano in Roma nel 1922.

A rigore non possiamo dire che l'indice di mortalità del 12,9 % corrisponda in realtà a quello di tutte le polmoniti osservate a Roma nello stesso periodo; infatti abbiamo dovuto escludere dalla nostra raccolta qualche caso grave, ad esito letale, in cui non è stato possibile il prelevamento dell'espettorato per le gravi condizioni del paziente (delirio, assenza di espettorazione). Ma anche tenendo conto di questi pochi casi si può affermare che la mortalità per polmonite è stata quest'anno notevolmente bassa.

A ciò si aggiunga che nella quasi totalità

TAB. III.

Autore	Località	Anno	Numero dei casi	Tipo I		Tipo II		Tipo III		Gruppo X		Mortalità globale
				frequenza %	mortalità %	frequenza %	mortalità %	frequenza %	mortalità %	frequenza %	mortalità %	
Strumia	Piemonte . . .	1920	28	64.2	—	14.2	—	14.28	—	7	—	24.8
Pontano	Lazio.	1920–1921	27	51	—	22	—	11	—	14	—	16.9
Declich.	Lombardia . .	1922	33	45.4	—	24.2	—	—	—	30.3	—	0
Marginesu e Corda .	Toscana-Siena .	1921–1923	52	34.78	25	21.73	10	13.4	33.3	30.42	28.5	23.9
Gazzotti	Piemonte . .	1931	30	43.3	7.7	26.6	12.5	28.3	45	3.3	—	16.6
Colombo e Roversi .	Piemonte . . .	1932	24	79	—	11.6	—	4.4	—	—	—	—
Levi	Toscana-Firenze .	1933	85	29.5	20	24.3	23.8	18.9	56.2	27.3	17.3	27.1
Chiti. . . . . . :	Toscana-Pisa . .	1933	30	43.3	—	20	—	10	—	26.6	—	6.66
Lecchini	Toscana-Siena	1934	76	40.7	12.9	43.4	15.1	10.5	37.5	5.3	—	15.9
Chiovenda	Lombardia . . .	1934	40	23.33	—	33.33	—	10	—	33.33	—	—
Daddi e Fabris . . .	Lazio.	1935	85	50.5	—	50.5	—	2.3	—	36.4	—	12.9

dei casi ad esito letale di nostra osservazione si trattava o di individui di età avanzata con note di arteriosclerosi o di enfisema polmonare o di soggetti alcoolisti o di ex malarici: individui cioè in cui l'esito sfavorevole è da mettere più in conto della diminuita resistenza che di una particolare virulenza dell'agente patogeno. In un solo caso (n. 41) si ha l'impressione che l'esito infausto possa venire attribuito esclusivamente alla virulenza dell'infezione, in quanto si trattava di un soggetto giovane normalmente costituito e senza tare di alcun genere. In questo caso il germe in causa era lo pneumococco tipo I.

A parte la mortalità, il carattere di particolare benignità della malattia resta confermato anche nel quadro clinico generale presentato dai malati venuti a guarigione. Pochi infatti sono stati i casi di polmonite grave (fenomeni cardio-vascolari, fenomeni nervosi).

Una caratteristica singolare delle polmoniti di quest'anno è stata la notevole frequenza di casi a risoluzione fisica ritardata. Tenendo conto solamente dei malati in cui i segni fisici di epatizzazione persistevano oltre il quinto giorno dalla caduta della febbre, il fatto è stato osservato in ben 25 casi. Volendo da questo gruppo escludere i soggetti in condizioni organiche abnormi per alcoolismo, per malattia o per altre cause, restano sempre 14 casi, corrispondenti alla percentuale del 16,4 %.

Alla bassa mortalità fa riscontro nei casi da noi studiati la scarsezza e la benignità delle complicazioni: tra le complicazioni, specialmente importante per la sua frequenza, è stata la pleurite sierosa metapneumonica a grande versamento. Nei nostri casi è stata rilevata 4 volte (nn. 19, 59, 73, 75) e in due casi di essi il versamento è stato così abbondante da richiedere anche più di una toracentesi. Dai colleghi degli Ospedali Riuniti abbiamo avuto notizia di varî altri casi di pleurite sierosa metapneumonica a grande versamento, con reperto citologico iniziale di polinucleati e con successiva leggera prevalenza di linfociti; casi che per essere sopravvenuti con certezza dopo tipiche polmoniti crupali, si devono considerare come una complicazione caratteristica, seppure benigna, delle polmoniti di questo anno. I casi mortali rispetto al tipo di pneumococco vanno così suddivisi:

tipo I casi 6
» II » nessuno
» III » 1
Gruppo X » 4

Data la bassa mortalità generale e dato che in tutti i casi venuti a morte, meno uno, esistevano condizioni di minorata resistenza non ci sentiamo autorizzati a stabilire su un materiale così scarso delle percentuali di mortalità che dovrebbero corrispondere a differenze nella virulenza dei vari tipi. Allo stesso titolo non possiamo confermare, senza facili obiezioni, la nota maggiore virulenza del tipo III, che abbiamo incontrato due sole volte. Nel primo caso si è avuto esito infausto, ma si trattava di un alcoolista; nel secondo caso ab-

biamo notato una polmonite grave, ma si trattava di un malarico.

Ugualmente difficile è stabilire se alla scarsezza del tipo III sia almeno in parte da attribuire la bassa mortalità delle polmoniti da noi studiate. Tanto più che non tutti gli AA. sono concordi nel riconoscere agli pneumococchi del tipo III una particolare virulenza o almeno una virulenza fissa.

Le stesse considerazioni che abbiamo fatto per la mortalità valgono anche per la gravità in generale del quadro clinico e per le complicazioni. Esclusi i casi mortali, i casi gravi in soggetti non tarati nella nostra casistica si possono ridurre a 4:2 determinati dal tipo I (n. 77, 84), e 2 dal gruppo X (n. 8, 29).

Le complicazioni si sono avute esclusivamente in polmoniti determinate da pneumococchi del tipo I (2 empiemi e 2 pleuriti sierose metapneumoniche) e del gruppo X (2 empiemi e 1 pleurite metapneumonica).

Particolarmente interessa invece lo studio delle polmoniti a risoluzione fisica ritardata in rapporto ai tipi dei pneumococchi. Escludendo dai 25 casi osservati quelli incontrati in soggetti presumibilmente minorati, i 14 casi che restano vanno così divisi:

tipo I	casi	7
» II	»	1
Gruppo X	»	6

cifre che dimostrano come la capacità di determinare delle polmoniti cosidette atipiche non sia una caratteristica esclusiva dei pneumococchi del gruppo X, ma spetta anche, e in notevole misura, ai pneumococchi dei primi due gruppi, specie del tipo I.

E al contrario, in almeno 11 casi di polmoniti da pneumococchi del gruppo X, ossia in oltre il 35 %, abbiamo osservato una polmonite lobare tipica sotto ogni riguardo (casi numero 6, 8, 23, 29, 31, 34, 38, 44, 46, 54 e 64).

Resta infine da considerare l'erpete labiale che, per lo più scarso e poco appariscente, è stato notato in 30 casi (35,2 %). I casi con erpete in rapporto al tipo di pn. sono raggruppati nel seguente specchietto:

tipo I	casi	16
» II	»	3
» III	»	1
Gruppo X	»	10

Da questa tabella risulta che l'erpete labiale è stato rilevato con una frequenza presso a poco proporzionale per ogni tipo, ossia circa in 1/3 dei casi per ciascun tipo. Dalle nostre osservazioni risulterebbe pertanto che non esiste nessun rapporto nei riguardi della frequenza fra eruzione erpetica e tipo di pn. E ciò in contrasto con le osservazioni di altri (ad es. Levi) che non ha visto l'erpete in polmoniti da gruppo X.

Due dati opposti ci sembrano particolarmente importanti nelle percentuali da noi ottenute: *a)* la notevole diminuizione, rispetto alle cifre comunemente pubblicate, delle p. lob. da pn. dei tipi II e III; *b)* il forte numero di casi in cui abbiamo accertato i pn. del gruppo X.

Fin dall'inizio delle nostre ricerche rimanemmo colpiti dal frequente ricorrere dei pn. del gruppo X negli espettorati esaminati, tanto che in un buon numero di casi ripetemmo le indagini su nuovi campioni di espettorato, ottenendo però sempre gli stessi risultati.

L'importanza dei pn. del gruppo X come agenti della polmonite lobare è molto discussa da parte di alcuni AA. Specialmente Gundel (*Die Typenlehre in der Mikrobiologie*, Fischer edit., Jena 1934), nelle sue molteplici e recenti pubblicazioni, insiste nell'affermare che le p. lob. non sono mai dovute ai pn. del gruppo X, mettendo quindi in dubbio l'attendibilità della statistiche più antiche che riportano percentuali più o meno elevate di p. lob. da gruppo X. Esiste sempre, infatti, il pericolo che pn. di questo gruppo presenti nella bocca o nella gola degli individui da cui provengono gli sputi producano la morte degli animali di esperienza e quindi inducano a diagnosticare negli individui stessi una infezione da gruppo X che in realtà non esiste. Per eliminare il pericolo di questo errore, nel quale si verrebbe ad incorrere quasi sempre quando lo sputo sia più salivare che polmonare, Gundel propone che nel caso in cui alla prima indagine si accertino pn. del gruppo X, si ripetano varie volte gli esami; con tale procedimento il Gundel nella propria casistica non ha mai trovato una vera polmonite lobare da pn. del gruppo X.

Si comprende come questa obiezione infirmi molte statistiche; però specialmente dall'esame della letteratura più recente ci pare che essa, se può essere valida per il campo di osservazione di Gundel, non possa senz'altro venire generalizzata. Ed invero, dato che tutte le ricerche compiute dimostrano come nelle persone viventi a contatto con polmonitici si trovano in prevalenza pn. dello stesso tipo di quelli esistenti nei polmonitici stessi e dato che per l'insorgenza della polmonite è stata dimostrata dall'importanza del contagio, non si comprende perchè proprio nell'espettorato di alcuni pazienti, che pur debbono aver avuto rapporto diretto o indiretto con polmonitici,

possano trovarsi e predominare appunto pn. non aventi importanza come agente etiologico. A parte questa considerazione, si deve ricordare anche come da molte indagini eseguite su cadaveri di polmonitici, risulta che il tipo dei pn. trovati in vita nell'espettorato coincide quasi sempre con quello dei pn. isolati dal polmone. Citiamo solo i dati di Sutliff e Finland (*J.A.M.A.*, vol. 101, 1287, 1933) i quali su 220 casi facendo il confronto fra i pn. trovati nello sputo e quelli isolati dal sangue e dalle lesioni, in un sol caso (circa 0,5 %) ebbero a constatare tipi di pn. diversi nello sputo (tipo XVIII) e nei polmoni (tipo V). Ricorderemo anche le ricerche recenti di Viktorow, Dombrowskaja e Erofeeff che dimostrano come nelle polmoniti crupali dei bambini provocate nel 50 % dei casi da pn. del gruppo IV, il reperto nello sputo corrispondesse a quello del sangue o dei liquidi di puntura e del prelevamento del cadavere. Inoltre, la reale esistenza di pn. del gruppo X come agenti di polmoniti lobari risulta confermato dall'uso dei sieri terapeutici specifici: così Bullowa (*J.A.M.A.*, vol. 102, 1560, 1934) ha potuto accertare e sottoporre a trattamento sieroterapico con evidente vantaggio ben 133 casi di polmonite da pn. VIII.

Può darsi che in qualche caso la diagnosi di polmonite lobare non sia stata esatta: però, dobbiamo riconoscere che la sintomatologia ed il decorso di questa malattia sono così caratteristici da trarre difficilmente in inganno, tanto più in quanto il materiale esaminato è stato preso nella maggioranza dei casi da cliniche e da grandi ospedali. Vogliamo ricordare, inoltre, perchè particolarmente significative per l'effettivo valore dei pn. del gruppo X come agenti della p. lob. le citate ricerche di Chiovenda, il quale ne ha potuto accertare la presenza direttamente nel tessuto polmonare epatizzato in un largo numero di casi.

Perciò, da quanto siamo venuti esponendo e sopratutto per le precauzioni tecniche adottate nelle nostre ricerche (esami ripetuti) dobbiamo concludere per l'effettiva elevata frequenza delle p. lobari da gruppo X durante il periodo marzo-maggio 1935 a Roma.

Notiamo inoltre l'analogia che esiste fra la nostra statistica e quelle per es. di Griffith, di Declich e di Levi, in cui l'aumento del gruppo X si accompagna alla diminuzione spiccata dei pn. dei tipi II e III, fatto questo che dimostra l'esistenza di epidemie pneumococciche caratterizzate dall'assenza o quasi di pn. II e III; epidemie che, come quelle osservate da Declich e da Levi, sembrano decorrere in modo particolarmente benigno. Anche Cruickshank (loco cit.) riferisce di 60 casi di p. lob. da gruppo X a decorso spesso lieve e terminate frequentemente per lisi.

In complesso, ci sembra giustificato pensare all'eventualità che appunto nel periodo durante il quale si sono svolte le nostre ricerche, uno o più tipi di pn. nel gruppo X per ragioni non ben determinate, abbiano assunto una particolare importanza come agente etiologico della polmonite e che quindi, se le nostre possibilità diagnostiche fossero state maggiori (cioè se avessimo disposto di sieri specifici per un maggior numero di tipi), avremmo potuto forse accertare un epidemia per es. da un pn. del tipo VIII, come quella descritta da Robinson nel 1927 a Pittsburg (il ceppo di pn. indicato come 4A da Robinson fu successivamente studiato da Cooper, Edwards e Rosenstein e classificato come tipo VIII assieme al ceppo Thomas) (*J. Exper. Med.*, vol. 49, 401).

D'altro lato, fra le possibili cause di tale andamento epidemiologico, non è da escludere che una larga diffusione del virus influenzale o di altre condizioni speciali che colpiscono la generalità della popolazione, abbia causato in molte persone uno stato di diminuita resistenza locale, per cui anche i pn. del gruppo X ospiti abituali degli organismi hanno potuto provocare l'insorgenza di vere e proprie polmoniti.

Data la distribuzione proporzionalmente uguale della mortalità fra i vari tipi, non possiamo però affermare che i pn. del gruppo X presenti nei nostri casi fossero particolarmente benigni. Pertanto, siamo portati a concludere che nell'epidemia da noi osservata la percentuale elevata di infezioni da pn. del gruppo X e la bassa mortalità per polmonite non fossero legate l'una all'altra come la causa all'effetto, ma semplicemente associate forse in virtù degli stessi fattori epidemiologici.

Ed infatti se è vero che generalmente nell'adulto i pn. del gruppo X danno mortalità molto bassa, esistono anche tipi del gruppo X che danno una mortalità abbastanza elevata così per il tipo XVIII Robinson (loco cit.) ha potuto riscontrare una mortalità del 14 % e Bullowa del 16,4 %.

Non è possibile fare un paragone fra i nostri risultati e quelli di Pontano, come sarebbe stato particolarmente utile ed interessante, perchè diversi sono stati i metodi di indagine seguiti. Infatti sappiamo anche dalle cifre del Pontano che la coltura del sangue riesce positiva prevalentemente nei malati gravi e che

quindi permette di stabilire la presenza di pn. solo in un numero limitato di casi; d'altro lato, siccome i pn. del gruppo X sono quelli che in genere danno le p. lob. più benigne, si comprende anche come essi possano con maggiore facilità sfuggire a tale metodo di accertamento.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno ricercato la presenza dei varî tipi di pn. nelle p. lob. osservate in Roma nel periodo marzo-maggio 1935 ed hanno trovato le seguenti percentuali:

tipo I	50,5
» II	10,5
» III	2,3
gruppo X	36,4

Particolare cura è stata posta per stabilire attraverso ripetuti esami che i pn. del gruppo X così frequentemente accertati nel materiale, fossero realmente gli agenti delle p. lob.

La mortalità globale fu del 12,9 % e risultò egualmente distribuita fra i varî tipi. Gli AA. non hanno rilevato alcuna caratteristica clinica che distinguesse le polmoniti in rapporto alla presenza dei varî tipi di pn.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Pseudo-emottisi irudinea in Tripolitania.

Dott. D. A. MAZZOLANI (Tripoli).

Alcuni casi clinici, caduti sotto la mia osservazione diretta, mi inducono a riprendere l'argomento, qua e là già trattato da singoli autori.

CASO I. — Individuo metropolitano di circa 60 anni, oriundo della provincia di Trapani.

Sofferse malaria in gioventù, poi fu per alcuni anni in Tunisia e quindi in Tripolitania dove fu addetto a lavori stradali in qualità di capo-squadra.

Verso la fine del 1929 trovandosi nella regione del Gebel ebbe occasione di bere acqua della sorgente di Rumia, di ottima qualità potabile. Dopo circa tre giorni cominciò a risentire una leggera molestia alla gola come un titillio solleticante, e al quarto-quinto giorno apparve una tosse sempre più molesta, accompagnata, talora, da quantità più o meno rilevante di sangue. Talvolta la tosse aveva carattere soffocante.

Condotto a Garian, un tenente medico gli disse che si trattava di una sanguisuga in faringe: cercò di strapparla con le pinze, ma non vi riuscì perchè ad ogni tentativo il paziente era preso da un senso di soffocazione. Gli fece fare, allora, gargarismi con acqua salata, ma senza risultato.

Ritornato a Rumia, le perdite sanguigne si fecero sempre più frequenti e abbondanti tanto da raggiungere, talvolta, la quantità di circa un terzo di litro nelle ventiquattr'ore. Fenomeni generali, intanto, si aggiungevano a quelli della tosse e delle emorragie, quali senso di indebolimento, giramenti di testa e quasi impossibilità completa al lavoro. Un arabo gli consigliò, allora, di fumare una sigaretta e di aspirarne il fumo: ciò gli provocò violentissimo attacco di tosse, e riuscì, così, a cacciar dalla bocca una grossa sanguisuga, dopo circa 19 giorni di gravi sofferenze. Dopo un paio di giorni il sangue presentandosi di nuovo, egli fumò un'altra sigaretta e potè così liberarsi di un secondo grosso anellide.

Dopo di ciò lo stato generale migliorò rapidamente, ma preoccupato delle condizioni del suo apparato respiratorio egli si decise a venire a Tripoli per farsi visitare. Ma l'esame clinico non mise in evidenza fatti di rilievo a carico del torace: d'altra parte il paziente si rimise perfettamente con una semplice cura con i soliti preparati cosidetti ricostituenti.

CASO II. — Mohammed ben Amor, di anni 40, agricoltore, dimorante in regione di Sciara Sciat (vicinanze di Tripoli).

Individuo di costituzione robusta, masse muscolari bene sviluppate. Presenta, tuttavia, un facies ad espressione depressa, con assenza, negli occhi, di quella tonalità di sicurezza quasi abituale in queste popolazioni arabe.

Egli racconta di esser sofferente da circa quattordici giorni, e sebbene non abbia, precedentemente, mai avuto malattie di una certa gravità, ora tosse e sputi sanguigni sono andati aumentando di frequenza e di intensità, tanto da esserne sensibilmente preoccupato. Egli, infatti, si sente indebolito, svogliato e quasi incapace al suo ordinario lavoro.

L'esame del torace non mette in rilievo fatti di speciale importanza, all'infuori di qualche rantolo bronchiale banale, senza localizzazione fissa.

Invitato a respirare profondamente, il malato è preso da un violento attacco di tosse: tosse a timbro gutturale, a tipo pertossoide, quasi soffocante e accompagnata da qualche sputo sanguigno commisto ad alcune bollicine di saliva: espettorato di color rosso vivo, con qualche piccolo grumetto di sangue più scuro.

A mezzo di un semplice abbassalingua l'esame della cavità orale permise di osservare il corpo di una grossa sanguisuga localizzata alla regione rinofaringea del lato di destra. Conosciuta la causa egli non volle medicina perchè affermò che gli arabi ne conoscono bene la cura.

CASO III. — Amor ben Salem, di anni 35, agricoltore, dimorante nei pressi di Ainzara (6-7 chilometri da Tripoli).

Ebbe il vaiuolo in piccola età: a 12-13 anni fu preso da febbre malarica (*hemma* = febbre a freddo), che trascinò per parecchio tempo. Non fu mai molto grosso: spesso, specie d'inverno, ebbe a soffrire di tosse e di catarro. Sposò all'età di 22 anni; ha tre figli che sembrano, al suo dire, essere sani e forti.

Circa una diecina di giorni fa (primi di luglio 1930) mentre si sentiva relativamente bene nelle sue condizioni generali, egli si accorse di una leggera molestia alla gola che poi gli procurava tosse quasi secca, più tormentosa del solito. Due giorni addietro in uno di questi accessi quasi soffocante, per la prima volta, in vita sua, sputò quasi un bicchiere di sangue rosso vivo. Impressionato si

pose subito a riposo e si limitò a nutrirsi soltanto di brodo, di un po' di *Kuskus* (minestra di grosso semolino cotto in vapor d'acqua) evitando *peperoni ed altro mangiare pesante*. La tosse, però, continuò quasi lo stesso, talora secca, stizzosa, accompagnata da qualche piccola quantità di sangue rosso; talora meno violenta, un po' *matura*, accompagnata da un po' di catarro bianco-giallastro. Non si accorse di aver avuto febbre, come, invece, spesso gli accadeva quando era preso da qualcuno de' suoi soliti raffreddori.

Individuo a sviluppo scheletrico pressochè normale: adipe scarso, masse muscolari mediocri; cute bruno-pallida, sollevabile in pliche.

La regione addominale appare alquanto depressa e l'arcata costale un po' più elevata del normale: espansione toracica uniforme d'ambo i lati, ma il periodo espiratorio appare un po' più lungo del normale. Milza leggermente ingrossata.

L'ascoltazione dell'apparato respiratorio mette in rilievo rantoli a medie bolle e qualche rantolo-sibilo, più frequenti e più evidenti sulle regioni medio-inferiori del dorso.

L'esame della cavità orale permette di constatare una massa globosa, oscura, di aspetto lucido-untuoso, dotata di piccoli movimenti quasi ondulatori, facilmente identificabile con il corpo di una sanguisuga.

Questa constatazione fu subito di grande soddisfazione per il paziente, il quale mi affermò di sapere bene curarsene da sè stesso e desiderò soltanto di avere un po' *di medicina per la tosse* e per le forze.

Non avendolo riveduto in seguito penso che egli se ne sia liberato coi soliti mezzi impiegati dagli indigeni, ossia con qualche sigaretta o con foglie di tabacco da cicca.

Casi di irudinasi in Libia furono già segnalati dai nostri ufficiali medici al momento dell'occupazione, ossia da Costa, Tonietti, Gaggia, Traxler ecc.; ma nei riguardi più particolari della Tripolitania la statistica non risulta molto numerosa.

È bene, però, far subito presente che qualche medico non vi ha, probabilmente, data tanta importanza da farne oggetto di studio e che, fra gli indigeni, che ne conoscono abbastanza bene la cura, il ricorso al sanitario non è risentito che nelle rare evenienze di complicazioni. Noi sappiamo, intanto, che queste sanguisughe sono presenti un po' dappertutto, in Tripolitania: nei pozzi dei giardini delle oasi anche vicine a Tripoli: fino a qualche anno fa, ossia prima dei lavori di bonifica idraulico-igienica, nelle acque più o meno scorrenti del canale di Ainzara le sanguisughe erano numerosissime e molto temute dagli arabi: frequenti sono pure nei pressi della sorgente di Rumia, sul Gebel di Jefren. Secondo Minutilli presso Gadames, « nelle acque sorgive di Arscesiuf (sorgente del cocodrillo) vive, fra quelle piante acquatiche, un numero grandissimo di sanguisughe ».

Per quanto riguarda il Nord-Africa si sa che il Barone Larrey ne parla al tempo della spedizione di Napoleone Buonaparte.

Nei casi di irudinasi delle vie respiratorie si tratta quasi sempre del genere Limnatis Nilotica o sanguisuga cavallina, frequentissima, secondo Railliet, su tutto il littorale del Nord-Africa, da Gibilterra alla Siria: « ... forse è la stessa che si trova nel mezzogiorno della Spagna, d'Italia, in Sicilia, nel Portogallo e in Turchia. Trovasi negli abbeveratoi, nei pressi delle sorgenti, negli acquedotti e anche nelle case. Scompaiono d'inverno e si mostrano in aprile-maggio ».

Mentre la hirudo officinalis possiede circa sessanta denticoli buccali, la nilotica non ne ha che una trentina: essendo quindi poco atta ad attaccare la pelle essa ricerca avidamente le mucose, quella del cavo oro-faringo-laringeo, specialmente. Ma essa è stata trovata anche altrove: da Steullet nell'uretra di un vecchio di 70 anni; da Mitra nell'uretra di un ragazzo; da Lelli-Manni nella vagina di una bambina di 6 anni, la quale era rimasta seduta, per un certo tempo, sulla sponda di un fiume, in un periodo di acque scarse. È stata riscontrata anche sulle congiuntive.

La sanguisuga può essere dannosa in tre modi: per azione meccanica, ostruente delle vie respiratorie: per la determinazione di emorragie più o meno frequenti ed abbondanti, pericolose specie negli emofiliaci; per la possibilità di trasmissione di malattie a mezzo della sua puntura. Secondo Steffenhagen e Andeyen i germi, nella sanguisuga, possono mantenersi infettanti anche per un periodo di più di tre mesi. Relativamente alle zone tropicali è opportuno ricordarsi che secondo Adler la tripanosomiasi potrebbe essere trasmessa in questo modo.

In una comunicazione recente alla Società di Patologia Esotica di Parigi, Brumpt ha insistito su questa possibilità. « J'ai aussi démontré — ha egli detto — et il y a bien longtemps, que chez les sangsues l'affection se transmet héréditairement très facilement. Voilà donc un cas où les parasites peuvent presque se suvivre à eux-mêmes en dehors du vertebré ».

Sintomatologia. — Ricordando quanto è stato più sopra riferito in riguardo dei tre malati e leggendo quanto è stato dai diversi autori riferito, è facile constatare che i disturbi subiettivi risentiti dal malato sono in rapporto con l'ubicazione scelta dalla sanguisuga e con le variazioni di volume del suo sviluppo. È, infatti, ovvio pensare che un corpo estraneo

delle dimensioni di un filo d'erba, grandezza generalmente rispondente al volume della sanguisuga al momento della sua assunzione, non debba provocare i disturbi di quando essa avrà dimensioni di 8-10 centim. di lunghezza, corrispondente appunto a quelle dello stato adulto.

Quando l'anellide è localizzato nella regione alta del rino-faringe, in principio si può avere soltanto epistassi; ma se scende più in basso in laringe e trachea si possono presentare fenomeni asfittici, come nel caso di Citelli e di qualche altro autore.

Nei primi giorni si nota generalmente senso di corpo estraneo in gola, titillio, qualche stimolo alla tosse. Presto, però, questa si fa più frequente, più intensa o addirittura tumultuosa, impressionante, specialmente se il parassita si è impiantato nella vicinanza della glottide. Negli intervalli si può avere disfonia. Presto con la tosse compare espettorato scarso, alquanto mucoso e più o meno sanguigno: talora vere emorragie, corrispondenti ai cambiamenti di posto nelle successive punture della sanguisuga stessa.

Diagnosi differenziale. — Nella grandissima maggioranza dei casi si potrebbe dire che la diagnosi è fatta con due sole parole: basta pensarci: ma in pratica le cose non vanno sempre così. Non sempre, infatti, si tratta di individui che si trovavano, fino a poco prima, in condizioni generali di perfetta salute: si è visto il mio terzo malato il quale era precedentemente indebolito, tossicoloso, catarroso. In questo caso il sospetto di emottisi bacillare avrebbe potuto essere più che mai giustificato. Lo stesso si potrebbe dire del caso di Meunier. Si trattava di un individuo di 44 anni, inviato all'ospedale coloniale di Ménerville (Algeri), con diagnosi di probabile tubercolosi polmonare: « Condizioni generali gravi: altezza metri 1,74; peso kg. 48. Non mangia da circa un mese: ha accessi pertossoidi e sputi schiumosi, sanguigni. Al torace rantoli discreti, disseminati, specie alle basi ».

Avendo fatto, per errore, gargarismi con acqua ossigenata pura, l'ammalato sente muovere qualche cosa in gola: l'esame della cavità orale permette di osservare « un corps étranger formant une voussure de teinte brune et dépassant légérement la langue aplatie par notre abaisse-langue. C'est une sangsue — Limnatis Nilotica — que nous avions déjà fréquemment observée ».

Emottisi. — Sputi sanguigni si possono osservare anche in individui non affetti da tubercolosi polmonare nè parassitati da sanguisughe. In una recentissima comunicazione Borri ha messo in evidenza come emottisi ed ematemesi si possono avere in patologia oto-rino-laringoiatrica. Secondo questo autore si può avere sangue nella sindrome di Osler, caratterizzata da debolezza delle pareti capillari, con ectasie della rete capillare stessa. Il naso, la faringe, l'anello di Waldeyer, la lingua possono, per fatti flogistici anche modici, diventare sede di emorragie tanto copiose da simulare delle vere emottisi, tanto più che il sangue dall'alto può scendere nelle vie inferiori provocando tosse e conati di vomito. Anche in faringe e nell'esofago si possono avere varicosità, alle quali clinicamente non si dà, spesso, sufficiente importanza.

Secondo Jaquelin, Franco ed altri, numerose malattie possono avere manifestazioni emottoiche: ci limiteremo ad elencare soltanto quelle che per comportamento similare — assenza o scarsa reazione febbrile, persistenza di condizioni generali buone o discrete — possono più facilmente dar luogo ad errori di diagnosi. Di questo numero possono essere la broncospirochetosi di Castellani, l'amebiasi polmonare, le localizzazioni bronco-polmonari da metazoi, le micosi polmonari, la sifilide del polmone, la presenza di corpi estranei ecc.

Ultimamente (marzo-aprile 1935-XIII) nella Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali di Roma, il Prof. Castellani ha illustrato il caso di una donna affetta da broncospirochetosi emorragica che era passata attraverso parecchi istituti sanitari: ma qui il criterio della durata della malattia, la tosse relativamente moderata e lo scarso grado di anemizzazione sarebbero stati, nel dubbio, elementi sufficienti ad eliminare d'*emblée* l'ipotesi di una eventuale irudinasi delle vie respiratorie.

Il carattere dell'emorragia non può costituire, per se stesso, elemento sufficiente di diagnosi differenziale: se il sangue è abbondante, generalmente si presenta rosso-vivo, poco aerato: se in piccola quantità talora è a strie rosso-vivo, talora a strie rosso-bruno o a grumetti nerastri perchè, in questo ultimo caso, muco e sangue possono aver soggiornato alquanto nel vestibolo laringeo.

Nelle emottisi tubercolari iniziali anche abbondanti, non ancora rilevabili dall'esame del torace, il sangue è pure fluido, di color scarlatto e schiumoso; ma in seguito esso può diventare meno aerato e di tinta scura.

Secondo Reynier, riportato da Franco, un criterio differenziale di grande importanza sarebbe dato, tuttavia, dalla maggiore o minore solubilità in acqua del sangue stesso. « Il san-

gue proveniente dalla faringe, dalla laringe o dalle gengive è solubile immediatamente, agitando gli sputi, in un po' d'acqua: il sangue resta, invece, conglomerato ed isolato se di provenienza polmonare ».

Tosse. — Essa è in rapporto, sopratutto, con l'ubicazione dell'attacco della sanguisuga. Data la particolare frequenza del parassita a fissarsi nelle vicinanze della regione retro-tonsillare e dato il fatto del centro tossigeno alla regione interaritnoidea, abbastanza spesso si manifestano crisi a tipo pertossoide: se il parassita si trova in laringe e da questa regione grumetti di sangue scendono in trachea si possono manifestare i sintomi della cosidetta tosse tracheale, caratterizzata da violenti accessi di soffocazione con fatti di grave dispnea ecc., in seguito alla irritazione della regione della biforcazione tracheale, centro tossigeno importante.

Profilassi. Cura. — Tutti i casi di irudinasi delle vie respiratorie finora conosciuti sembrano essersi verificati in seguito a bevuta d'acqua non controllata. È dunque all'uso dell'acqua potabile che bisogna rivolgere la nostra attenzione, e ciò, sopratutto, nel periodo dell'anno che corrisponde alla nascita delle sanguisughe, ossia al periodo di un sufficiente calore, iniziantesi, per la Tripolitania, già alla metà di aprile-primi di maggio.

Sarà quindi opportuno di non bere mai direttamente acqua proveniente da raccolte sorgive, di acqua superficiale o anche di quella dei pozzi, perchè ciò non permetterebbe di controllare la eventuale presenza di sanguisughe.

A questo proposito Marc Fournel, nel suo libro « La Tripolitaine » già avvertiva di « ... ne boire l'eau de son gobelet qu'après l'avoir couvert de son mouchoir afin de lui servir de filtre. Cette mesure primitive est d'ailleurs fréquemment employée par les caravaniers ».

Anche il bere alla boraccia può essere pericoloso se non si è osservata bene l'acqua al momento del suo riempimento.

Lemichel, di guarnigione a Mustafà, in Algeria, introduceva anguille nei serbatoi d'acqua da bere allo scopo di distruggere eventuali sanguisughe.

Nei riguardi della cura già si è osservato come essa possa essere spesse volte molto agevole, l'anellide potendo essere espulso spontaneamente in occasione di un attacco di tosse più o meno grave. In molti casi è stato sufficiente l'impiego di qualche gargarismo di acqua salata o diluita con aceto ecc.: qualche autore ha affermato che il mezzo migliore sarebbe quello di trattenere in bocca, per qualche momento, acqua semplice la quale eserciterebbe una specie di tropismo positivo, essendo l'acqua il mezzo naturale dell'habitat irudineo.

Ma in altri casi le cose non sembrano svolgersi così semplicemente, le sanguisughe potendo rimanere 10-15 e più giorni in *situ* e provocare i gravi danni della tosse, la minaccia di soffocazione e uno stato più o meno impressionante di anemizzazione e di debolezza generale.

Nel caso di Marcacci la sanguisuga fu estratta dopo 22 giorni; nel caso di Meunier dopo circa un mese, e dopo 50 giorni nel malato segnalato recentemente, in Tunisia, da Bruguairolle e Prieh. Secondo Hernàndez esse possono rimanere anche parecchi mesi. Vacca riferisce che Condorelli ha osservato un caso di irudiniasi della trachea, nel quale la sanguisuga fu espulsa solo dopo circa un anno di permanenza.

In linea generale io penso che sia sempre opportuno di cominciare o ritentare la prova coi mezzi i più semplici: gargarismi di acqua semplice, trattenendola piuttosto a lungo in bocca, in modo da sperimentarne la sua vantata azione del cosidetto tropismo positivo: in caso di bisogno passare, allora, all'acqua più o meno salata (sale di cucina in proporzione del 10-20-30 per mille) oppure di acqua e aceto, acqua cloroformica, acqua ossigenata a parti uguali con acqua tiepida, acqua e solfato di soda, di allume ecc. Sarà utile di tentare anche l'azione del fumo di sigaretta aspirato, o, eventualmente, le foglie di tabacco come cicca, ecc. come ha consigliato anche Iacono.

Pare che siano stati impiegati i vapori solforosi, le inalazioni di ammoniaca ecc.: Blaise si è servito delle fumigazioni di catrame e di bacche di ginepro, eseguite due volte al giorno. Secondo Railliet, Savigny avrebbe fatto ricorso alla introduzione, in faringe, di una sonda di gomma munita all'estremità di una spugnetta imbevuta di etere.

La cura cruenta la più semplice sarebbe quella di tagliare la sanguisuga con un colpo di forbice. Ma ciò non sempre appare praticamente possibile, data la sua diversa ubicazione. Inoltre, secondo qualche autore, la permanenza della parte anteriore dell'anellide sulla mucosa potrebbe mantenere uno stato di stillicidio sanguigno.

Massione raccomanda l'estrazione a mezzo di una pinza, previa anestesia con cocaina. Castellani e Chalmers consigliano l'uso locale di

una soluzione di cocaina al 10 % circa che paralizza il parassita e lo fa distaccare facilmente: raccomandando, però, di dare al paziente la posizione prona per evitare la caduta del parassita in trachea.

Pare che talora la sanguisuga possa cadere nello stomaco: in tal caso si consiglia di bere acqua salata: ma forse questa pratica non è indispensabile perchè, secondo Letschenko, le sanguisughe « vengono subito a morire nello stomaco ».

Allo scopo di più sicuramente agire sulla presa Hernàndez fa emettere, al paziente, la vocale E, manovra che solleva l'epiglottide e permetterebbe, al momento buono, di afferrare soltanto il parassita a mezzo di adeguata pinza per laringe.

In casi particolari come quello di Citelli ed altri, potrà essere necessario un intervento chirurgico nel senso vero della parola.

CONCLUSIONI.

1. — I casi di pseudoemottisi irudinea in Tripolitania sono già stati segnalati da alcuni autori: ai tre da me osservati se ne possono aggiungere altri due, secondo quanto mi hanno assicurato alcuni arabi. Il loro numero sarebbe, tuttavia, assai maggiore: gli indigeni, infatti, che ne conoscono abbastanza bene la cura, non ricorrono al medico italiano che nei casi di eccezionali complicazioni.

2. — Le sanguisughe sono abbastanza frequenti in Tripolitania, e oltre che nelle acque stagnanti o poco scorrenti delle sorgive, esse possono trovarsi anche nei pozzi delle oasi vicine e lontane dalle zone costiere.

3. — La sanguisuga cavallina è pericolosa per l'uomo soltanto quando essa è ancora molto piccola, ossia quando può passare inosservata nell'acqua da bere: per gli animali, invece, durante un periodo più lungo, ossia ogni qualvolta una sanguisuga, grande o piccola, può trovarsi presente nell'acqua.

4. — La gravità dell'emorragia non dipende dalla quantità di sangue direttamente ingerita (15-18 gr.) ma da quello che fuoriesce in occasione degli spostamenti frequenti nelle successive punture della sanguisuga stessa.

5. La sanguisuga può determinare pericolo grave per il fatto della sua azione ostruente lungo le vie dell'apparato respiratorio e anche perchè può trasmettere, con la sua puntura, malattie anche molto gravi.

6. — La cura dell'irudinasi respiratoria può essere delle più facili: aspirazione di fumo di sigarette, gargarismi d'acqua più o meno medicata ecc., ma talvolta può essere richiesto intervento cruento di una certa pericolosità.

7. — In patologia coloniale è sempre necessario, in molti casi di tosse e sputi sanguigni, di pensare all'eventualità della presenza di una sanguisuga. Ciò, però, non toglie che la tubercolosi polmonare possa coesistere nello stesso individuo: occorre, quindi, ricordarsi di nulla trascurare, nell'esame, in modo da evitare sorprese che potrebbero essere molto gravi per i nostri infermi.

8. — Casi di irudinasi delle vie respiratorie sono stati segnalati anche in Italia: da Marcacci, a Sinalunga; da Massione e da Oliviero, a Roma; da Citelli, Piazza, Munna ed altri, in Sicilia; da Casali, a Benevento; da Barbieri, a Pesaro e, recentemente, da Russo-Frattasi, a Bari.

Si tratta, quindi, di un capitolo di patologia tropicale e subtropicale, da non dimenticarsi anche in Italia e da tener sopratutto presente anche nelle nostre colonie dell'Africa Orientale, dove recenti necessità dei nostri capitali interessi hanno richiesto un maggior contingentamento di truppe metropolitane.

RIASSUNTO.

Riferiti alcuni casi di pseudoemottisi irudinea in Tripolitania, l'A. accenna alle difficoltà che talora si possono incontrare nella diagnosi differenziale; cerca di risolverle e insiste sulla opportunità di conoscerle perchè casi di questa malattia non sono infrequenti anche in Italia e probabilmente se ne troveranno anche nelle nostre colonie dell'Africa Orientale.

BIBLIOGRAFIA.

1. ADLER e BRUMPT. *Sanguisughe e tripanosomiasi.* Bulletin de la Société de Path. Exotique de Paris, 1933, pag. 211.
2. BORRI. *Emottisi ecc.* Ann. Medic. navale, 1934, pag. 492.
3. CASTELLANI e CHALMERS. *Leeches ecc.* Manual of Tropic. Medic., 1919.
4. CITELLI. *Sanguisughe nelle vie respiratorie.* Boll. delle malattie delle orecchie ecc., a. 1912.
5. COSTA. *Sanguisughe in Libia* (da GRIXONI).
6. COVA. *La tosse.* L'azione antitubercolare, maggio 1933.
7. DEBONO. *Limnatis nilotica al Marocco.* Trop. Dis. Bulletin, 1924, pag. 791.
8. DREYFUSS ANDREA. *Quelques cas vécus de pratique médicale dans les territoires du Sud-Algérien.* Rev. de Médic. et d'Hyg. Tropic., Paris, 1934, pag. 192.
9. FRANCO P. MARIA. *Le pseudotubercolosi ecc.* Napoli, 1930.

10. FOURNEL MARC. *La Tripolitaine.* Paris, 1887.
11. GIACOBBI. *Sanguisughe.* Policlin., S. Pr., 1930, pag. 191.
12. GOGGIA. *Sanguisughe.* Ann. d'Igiene, 1916.
13. GRIXONI. *Patologia e igiene delle nostre Colonie.* Roma, 1926.
14. JACQUELIN A. *Les hémoptysies.* Monografia di « La Médecine », 1931.
15. HERNÁNDEZ. *Sanguisughe nelle vie respiratorie.* Rivista Ibero-Americana, da Annali Medic. Navale, 1916, pag. 713.
16. LETSCHENKO. *Sur la déglutition de sangsues en Asie Centrale.* Trop. Dis. Bulletin, 1927, p. 899.
17. MASSIONE. Policl., S. Pr., 1929, pag. 138.
18. LE DANTEC. *Précis de Pathologie Exotique*, 1912.
19. MESSINGER KARL. *A leech in the larynx.* Trop. Dis. Bull., 1924, pag. 791.
20. MEUNIER R. *Sur un diagnostic erroné de tuberc. pulm. chez un indigène algérien.* Revue Méd. Hyg. Trop., Paris, 1934, pag. 201.
21. MINUTILLI. *La Tripolitania.* Torino, 1912.
22. MITRA. *Una sanguisuga nell'uretra di un ragazzo.* Trop. Dis. Bull., 1926, pag. 879.
23. MUNNA G. *Le sanguisughe dal punto di vista patogeno ecc.* Rivista Medica, 1932, pag. 50.
24. MUNNA G. *Sanguisughe ecc.* Policl., Sez. Pr., 1929, pag. 377.
25. RAILLIET. *Traité de Zoologie Médic.* Paris, 1895.
26. RÜGE MÜHLENS. *Malattie e Igiene dei paesi tropicali.* Trad. italiana. Torino, 1933.
27. RUSSO-FRATTASI. *Pseudoemottisi da sanguisughe in trachea.* Bari, 1933.
28. STEFFENHAGEN e ANDEYEN. Pathologica, 1910, pag. 310.
29. STEULLET R. *Sanguisuga in uretra.* Archiv. ital. Scienze Med. Coloniali, Modena, 1932, p. 638.
30. TONIETTI. Da GRIXONI.
31. TRAXLER OTT. *Sanguisuga nel faringe nasale.* Ann. Med. Navale, 1926, pag. 233.
32. VACCA A. *Zooparassitologia medica.* Op. Med. Wassermann, 1928, pag. 103.

☛ ***Ricordiamo l'importante pubblicazione:***

Prof. CARLO GAMNA
Direttore della R. Clinica Medica dell'Università di Siena

Le modalità di origine e di evoluzione clinica della tubercolosi polmonare

Sommario. — I. FORME DI SVILUPPO DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE NELL'INFEZIONE PRIMARIA. - II. LE PRIME LESIONI POLMONARI POST-PRIMARIE. Reinfezione e superinfezione dal punto di vista clinico. - III. LE MANIFESTAZIONI CLINICHE POST-PRIMARIE. Modalità della loro evoluzione: A) Tubercolosi apicale cronica circoscritta: B) Forme croniche circoscritte non apicali: C) Infiltrati polmonari tisiogeni (infiltrato precoce di Assmann e Redeker): Clinica degli infiltrati tisiogeni; Fasi ulteriori di sviluppo; Origine e significato patologico; Significato clinico; D) Altre modalità di evoluzione cronica progressiva. - IV. IL DECORSO A FASI DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE CRONICA. Modalità della diffusione intrapolmonare e sua distribuzione. Genesi della tisi. - V. FORME ILARI E PARAILARI. - VI. FORME EMATOGENE ACUTE E CRONICHE. - VII. LE PRINCIPALI FIGURE NOSOLOGICHE NELL'EVOLUZIONE DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. - VIII. I PROCESSI PLEURICI NEL CORSO DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. - IX. MODALITÀ E FORME CLINICHE DI GUARIGIONE DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. - X. CONDIZIONI E FATTORI CHE INFLUENZANO L'EVOLUZIONE DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE.

Volume di pagg. 164. Prezzo L. [illegible] più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **16,75** in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale succursale diciotto, Roma.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA Prof. S. GAVAZZENI - Bergamo

Contributo allo studio sulla patogenesi dell'eosinofilia post-pneumotoracica.

Prof. MAURO GAVAZZENI.

L'esistenza di una eosinofila nella tubercolosi polmonare è stata molte volte constatata e da parte di alcuni AA. è stato ad essa attribuito un certo valore prognostico poichè interpretato come espressione di difesa dell'organismo. È stato pur osservato come l'eosinofilia possa talora manifestarsi od accentuarsi in seguito a cutireazione o ad intradermoreazione alla tubercolina.

È pure stato accertato come al penumotorace consegua molto frequentemente un'eosinofilia, la quale raggiunge il suo massimo poche ore dopo l'introduzione di aria nel cavo pleurico.

Secondo Chini l'eosinofilia postpneumotoracica sarebbe dovuta ad una messa in circolo di sostanze specifiche tubercolari, con conseguente reazione, riconducibile a fatti anafilattici, cioè a fatti di momentanea ipersensibilità.

Secondo Pescatori al contrario l'eosinofilia sarebbe legata alla asfissia da spasmo bronchiale la quale esercita uno stimolo sul midollo osseo. Detto Autore dallo studio condotto su ratti albini, dei rapporti fra processi locali e generali, susseguenti al pneumotorace artificiale, ed eosinofilia tissulare ed ematica, è giunto alla conclusione di ritenere l'eosinofilia ematica quale conseguenza dell'asfissia, mentre l'istoeosinofilia locale sarebbe da imputare allo stato spastico della muscolatura liscia del polmone.

Ho ritenuto perciò non privo di interesse da parte mia il seguire il comportamento della formula in casi di pneumotorace terapeutico praticato in soggetti non tubercolosi; (per quanto mi risulta non esisterebbe bibliografia in proposito). L'osservazione venne portata su tre soggetti, nei quali venne posto la diagnosi clinica e radiologica di ascesso polmonare. Per brevità vengono omessi tutti i dati concernenti i tre casi, come vengono tralasciati tutti i reperti ematologici. In ogni caso vennero eseguiti conteggi e formule prima di ogni introduzione di aria nel cavo pleurico e ripetuti esami vennero eseguiti nelle varie ore successive all'intervento.

I risultati riscontrati furono uniformi e costanti: in nessuno dei tre casi non si sono mai osservate variazioni dell'eosinofilia san-

guigna, la quale si è mantenuta nei limiti normali (0,5-2 %).

Da notarsi che in tutti i pazienti esisteva una più o meno accentuata leucocitosi neutrofilia: non è da escludersi l'eventualità di interferenze legate forse alla terapia (alcool endovena, arsenobenzoli, ecc.) e le condizioni generali dei pazienti, notevolmente compromesse; però due dei tre casi sono passati a guarigione.

Alla stregua dei rilievi eseguiti e in base all'uniformità dei reperti ematici osservati è quindi logico il ritenere che l'eosinofilia postpneumotoracica sia più facilmente interpretabile quale espressione di un fenomeno di ipersensibilità momentanea, che non quale risultato di asfissia, legato alla spasmo bronchiale.

RIASSUNTO.

L'A. dallo studio del comportamento della formula ematica in tre soggetti affetti da ascesso polmonare sottoposti a pneumotorace terapeutico, non seguito da eosinofilia sanguigna, è indotto a ritenere più accettabile la ipotesi che attribuisce l'eosinofilia postpneumotoracica a fenomeni di ipersensibilità, a tipo anafilattico.

BIBLIOGRAFIA.

CHINI. Riv. di Pat. e Clin. della Tbc., 1927, p. 305.
PESCATORI. Riv. di Pat. e Clin. della Tbc., 1930, p. 725, vol. II.
ID. Lo sperimentale, 1930, f. IV.
ID. Haematologica, 1930, p. 207.

☛ *Ricordiamo le interessanti pubblicazioni:*

On. Prof. EUGENIO MORELLI

La fisiopatologia del pneumotorace artificiale

(con 3 figure nel testo)

Istrumentario per l'attuazione del pneumotorace e per la cura delle sue complicanze

(con 5 figure nel testo)

(Lezioni tenute al Corso di Tisiologia nel Sanatorio Militare di Anzio).

Volume in-16°, di pagine 56. Prezzo L. **10**, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. **7.90** in porto franco.

Dott. RAIMONDO DORIA e Dott. GIULIO CESARI
Med. aiuto degli Osped. Riun. e dell'Istit. di Patol. Medica della R. Univ. di Roma — Med. aiuto degli Osp. Riun. di Roma - Ispett. Sanitario delle Ferrovie dello Stato

IL PNEUMOTORACE TERAPEUTICO

Prefazione del Prof. Achille Angelini
Primario Medico Consulente degli Ospedali Riuniti già Direttore del Sanatorio Umberto I in Roma.

Volume di pagg. VIII-87, con 20 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **12**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **9,75** in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto. ROMA.

SUNTI E RASSEGNE

RICAMBIO.

L'importanza della colesterina nello stato di salute e di malattia.

(HUGH GAINSBOROUGH. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, giugno 1935).

La colesterina è un alcool non saturato secondario dalla formula $C_{27}H_{46}O$ derivato da un idrocarburo, e presente come normale costituente in tutti i tessuti animali. Le brillanti ricerche di Windaus e di Wieland hanno dimostrato che, strutturalmente, la colesterina è collegata con gli acidi biliari e che questi corpi hanno uno scheletro carbonico comune.

Più recentemente, come risultato di ricerche da parte di Rosenheim e King, la formula strutturale di questi corpi è stata nuovamente precisata, e si è potuto vedere che vi è una stretta relazione non solo fra la colesterina e gli acidi biliari, ma anche con gli ormoni sia maschili che femminili, con l'ergosterolo e i suoi prodotti di irradiazione, e con la vitamina D, poichè tutte queste sostanze possiedono un comune scheletro carbonico.

Tutti questi corpi formano dunque un gruppo di sostanze di natura politerpenica, il quale gruppo ha, nell'economia organica, importanza uguale a quella dei vari gruppi dei carboidrati, grassi e proteine.

Studi recenti hanno dimostrato che fra i vari elementi di questo gruppo esistono notevoli correlazioni sia fisiologiche che patologiche, ma, almeno per ora, non si ha alcuna nozione precisa sulla esistenza o meno di processi chimici intermediari, svolgentesi nell'organismo, fra sterine, acidi biliari ed ormoni, e l'importanza della loro similarità chimica è per ora soltanto una ipotesi.

Nei tessuti organici la colesterina si trova libera o nella sua forma alcoolica o anche combinata con acidi grassi. Colesterina libera si trova soltanto nel cervello, nella bile, nei corpuscoli rossi, mentre sotto forma di etere colesterinico è preponderante nella corteccia surrenale e nei depositi patologici, quali l'ateroma, nel rene, nella nefrite subacuta, e nella infiltrazione lipoidea.

Poche sono le nostre nozioni sulle funzioni della colesterina nella economia cellulare: quello che è ormai generalmente accettato è che la colesterina può essere sintetizzata dall'organismo: paragonando le quantità di colesterina ingerita ed eliminata, si è potuto stabilire che vi è un eccesso di eliminazione di circa 0,31 gr. al giorno.

Nell'uomo la sterina emessa con le feci è per lo più coprosterina, con sole tracce di co-

lesterina. Il metabolismo intestinale della sterina è realmente complicato più di quello che si credeva, e non consiste soltanto nell'assorbimento del miscuglio della sterina biliare con quella proveniente dagli alimenti, il resto passando in forma ridotta nelle feci.

Il metodo più pratico per studiare il metabolismo delle sterine consiste nello stabilirne il contenuto nel sangue. Se si adotta tale metodo, i risultati più precisi si ottengono ricercando separatamente la colesterina libera e l'etere colesterinico nel plasma e non nel sangue totale, nel quale il costante valore della colesterina libera negli eritrociti tende a mascherare le variazioni e a complicare l'interpretazione dei risultati, qualora sia presente un certo grado di anemia.

Il valore normale della colesterina nel plasma varia notevolmente, ed i valori variano anche col variare del metodo usato. La colesterina totale è per 100 grammi di plasma di 0,170 nell'uomo e 0,153 nella donna. L'etere colesterinico rappresenta il 60-70 % del totale: nello stato di salute i valori della colesterinemia per ciascun individuo rimangono costanti per un lungo periodo di tempo. La dieta con cibo ricco in colesterina per un certo periodo aumenta la colesterinemia, mentre una dieta povera in sterine la abbassa, la variazione avvenendo per lo più sotto la forma di etere colesterinico. I singoli pasti possono essere seguiti da notevoli variazioni della colesterinemia, sia in aumento che in diminuzione.

Nella gravidanza anche vi sono variazioni definite: fino alla trentesima settimana vi è un progressivo aumento della colesterina libera ed una diminuzione dell'etere colesterinico fino a valori notevolmente bassi: in taluni casi l'aumento della colesterina libera è talmente grande che si ha una chiara ipercolesterinemia.

In *condizioni patologiche*, si può avere ipocolesterinemia e ipercolesterinemia. È difficile definire il livello della colesterinemia, dopo il quale si inizia il patologico: certamente spesso si dà il valore di anormalità a delle variazioni lievi, che invece rientrano, secondo l'A., nel campo delle variazioni fisiologiche.

Si è detto che la sordità senile associata coll'arco senile della cornea è dovuta ad un aumento della colesterina del sangue: ma bisogna pensare che, se realmente tale aumento esiste, non ha maggior valore di quello che abbia la maggiore azotemia negli stessi casi. Alcuni AA. hanno pensato che la ipercolesterinemia sia la causa della calcolosi biliare. Si è anche affermato che durante la febbre vi sia ipo-colesterinemia, ma il dato non si è mostrato sempre evidente. Ipercolesterinemia è stata accertata in alcune forme di nefrite, nelle malattie delle vie biliari, nel diabete e nello xantoma: il dato più sicuro riguarda le malattie delle vie biliari, però si è visto che la ipercolesterinemia manca, quando manchi la itterizia: in altre malattie, come l'atrofia giallo acuta del fegato e l'ittero dovuto ad arsenico, la ipercolesterinemia manca. Ora, se è vero che la semplice colelitiasi non è accompagnata da ipercolesterinemia e che una ipercolesterinemia di lunga durata non comporta un aumento della formazione dei calcoli biliari, ciò vuol dire che bisogna ricercare la causa della calcolosi biliare o nelle condizioni locali della colecisti — nelle variazioni cioè che subisce la bile nella sua concentrazione — oppure nella natura stessa della bile appena emessa, e nella sua capacità di vettrice delle sterine.

Nella nefrite tossica la ipercolesterinemia è un reperto costante nei casi in cui è presente notevole albuminuria ed edema diffuso: sono i casi della cosidetta sindrome nefrotica, e sia questa nella sua forma pura, e cioè non complicata da alterazioni vascolari o da ritenzione azotata da ematuria, sia essa la fase edematosa o iperalbuminurica di una nefrite a decorso progressivo, che venga seguita più o meno precocemente dalla sclerosi renale, l'alterazione della colesterinemia esiste sempre. Nei casi ad andamento progressivo, nei quali l'edema sparisce e compaiono i segni vascolari e della ritenzione azotata, la colesterinemia anche ritorna al normale.

Si è voluto dare un valore prognostico al comportamento della colesterinemia ma secondo l'A. tale criterio è sbagliato, in quanto la ipercolesterinemia può scomparire sia per un aggravamento del processo morboso verso la sclerosi e la terminazione fatale, sia anche, pei casi di sindrome più puramente nefrotica, per la tendenza alla guarigione.

La causa della ipercolesterinemia non ci è nota: forse essa è in relazione con il disturbo delle proteine del plasma, risultante dall'albuminuria: apparentemente però non vi è ritenzione di colesterina, quando si usino le diete ordinarie. La colesterina è depositata anche come etere nel parenchima renale, durante lo stadio nefrotico e più tardi nella sostanza interstiziale: non vi è aumento del contenuto in sterine degli altri organi. La colesterina viene anche eliminata con le urine, fino a 16-40 mmgr. al giorno, mentre la normale eliminazione è di 1,7 mmgr. al giorno.

Nell'ipotiroidismo la colesterina totale del plasma può essere aumentata fino al 50 % al disopra dei valori normali e dopo la somministrazione di tiroide i valori possono generalmente ritornare normali. Epstein e Lande credevano che la colesterina del sangue fosse inversamente proporzionale alla cifra del metabolismo e trovavano una analogia fra il mixedema e la nefrosi pura, nella quale anche la cifra del metabolismo è al disotto del normale; ad ogni modo però tale relazione non esiste

negli stati di ipertiroidismo, nei quali, come nel gozzo esoftalmico, la colesterinemia è normale.

La ipercolesterinemia si osserva nei casi di diabete grave, e le variazioni di essa sembra siano importanti dal punto di vista prognostico, in quanto se la ipercolesterinemia persiste malgrado il trattamento insulinico, la prognosi è più seria perchè il trattamento è più difficile. L'aumento della colesterinemia nel diabete mellito è forse dovuto al disturbo del metabolismo dei grassi. La ipercolesterinemia nel diabete ed in certi casi di ittero, associati spesso con una splenomegalia, può essere accompagnata da discreti depositi di xantoma o da una diffusa xantomatosi della pelle: d'altra parte, dei xantomi nodulari possono trovarsi senza che la colesterinemia sia menomamente alterata.
G. LA CAVA.

La glicosuria non diabetica.

(N. SCHUR. *Wiener klin. Wochens.*, 14 giugno 1935).

Al concetto di glicosuria non diabetica si può arrivare quando si conosca il reale disturbo del ricambio che presiede al diabete. Questo è da riferirsi, secondo le ricerche di Mering e di Minkowski, ad un disturbo nella funzione dell'organo insulare, dovuto sia ad una lesione anatomica di esso, sia a disturbi in altri organi che su quello insulare si fanno risentire.

Svariate sono le possibilità patogenetiche di una glicosuria non diabetica Anzitutto, è da considerarsi il diabete florizinico in cui, accanto ad una glicosuria di alto grado, si ha una glicemia normale od anche iponormale. Altre sostanze dannose per il rene, come il sublimato, l'uranio ed i sali di cromo, possono dare una glicosuria, però con lieve aumento della glicemia.

Trattasi di una forma renale di glicosuria che ha portato al concetto di diabete renale, con una glicosuria di scarsa entità e bassa glicemia.

Nel concetto di diabete renale, manca la progressività e l'indipendenza dall'ingestione di carboidrati a cui si è aggiunta ultimamente anche l'insulino-resistenza. Per casi di tale specie, Salomon ha proposto la denominazione di diabete innocente. L'innocuità di esso è provata anche dal fatto che colpisce per lo più i giovani, in cui invece il diabete comune si manifesta ad andamento nettamente progressivo e grave. Però, non sarebbe giustificata una netta separazione fra diabete renale e D. insulare e vi possono essere forme di passaggio e forme miste.

Sempre importante per la decisione è il valore della glicemia a digiuno, la quale però anche nel diabete, sul principio, non ha valori superiori alla norma, mentre anche la soglia renale è, sul principio, normale. Quest'ultima, del resto, anche nei normali mostra una grande variabilità, sebbene si possa pensare che un notevole abbassamento di essa possa preludere ad un futuro diabete o costituire già un diabete leggero.

Si deve ritenere che, quanto più bassa è tale soglia, tanto più facilmente si fa manifesto il disturbo dell'insufficienza insulare; si comprendono, per tal modo, le forme di passaggio. Un forte abbassamento della soglia renale, che porta facilmente all'eliminazione urinaria dello zucchero, agisce come valvola di sicurezza per impedire un innalzamento della glicemia, sichè la curva glicemica viene abbassata ed abbreviata.

Oltre al diabete renale, vi sono altre forme di glicosuria che non hanno alcun rapporto con una lesione insulare. Così è noto che l'estratto surrenale, aumentando la glicogenolisi epatica, può dare glicosuria e sono molte le circostanze in cui quest'ultima può essere riferita all'adrenalina, come quella da spavento negli individui in procinto di annegare, l'iperglicemia dei febbricitanti, ecc.

Ma anche altre ghiandole endocrine agiscono sul ricambio dello zucchero, come la tiroide e l'ipofisi, probabilmente per azione sui surreni. L'effetto dell'azione di queste varie ghiandole può essere transitorio, ma anche duraturo, sicchè si può pensare ad un diabete tiroideo (nel Basedow), surrenale, ipofisario (nell'acromegalia). In generale, però, pure non potendosi negare l'effetto di queste ghiandole, l'azione antagonista dell'organo insulare normale è tale da smorzare il primo ed evitare quindi la comparsa di un vero diabete. Invece, quando l'organo insulare è insufficiente, le ghiandole endocrine manifestano la loro azione nel senso di rendere manifesti anche lievi disturbi del primo o di provocare quelle gravi complicazioni, che possono portare alla chetonemia ed, in conseguenza al coma ed alla morte, se non si interviene prontamente con l'insulina.

Un'altra forma di glicosuria non insulare si osserva nell'obesità, specialmente di alto grado per cui il tessuto adiposo, troppo riempito di grasso, non può più servire da deposito di carboidrati; le cure disgrassanti fanno scomparire la glicosuria, il che ne dimostra l'origine non insulare. Si comprende che, nell'insufficienza insulare, l'obesità contribuisca a mantenere e ad aumentare la glicosuria.

Si è parlato di un diabete epatico, tenendo conto che lo zucchero utilizzato dall'organismo proviene dal deposito glicogenico del fegato. Indubbiamente quest'organo ha importanza nell'utilizzazione del levulosio e del galattosio, tanto che questi zuccheri sono utilizzati per le prove sulla funzionalità epatica; ma per il glucosio, i risultati sono inco-

stanti. Il fatto che nelle lesioni epatiche è modificato il ricambio proprio di quegli zuccheri che hanno il rapporto meno stretto e più incerto con la funzione insulare getta molti dubbî sull'intervento del fegato nella glicosuria, sicchè non si può parlare di un vero diabete epatico.

In complesso, dunque, da varie parti si può agire sul ricambio dei carboidrati, ma tale influenza non è mai così netta e decisa da dare un vero quadro morboso, un vero diabete. Tali fatti, però, possono avere una grande influenza sul determinare la sintomatologia del diabete e sul dominarne le complicazioni. La posizione dominante dell'organo insulare nel ricambio dei carboidrati è però tale che senza una sua lesione diretta non si possono avere disturbi.

Si comprende pertanto che una terapia diretta della glicosuria extrainsulare non sia possibile, mentre si rivolgerà piuttosto l'attenzione al disturbo originario. Il trattamento dietetico della glicosuria renale è del tutto inutile nei casi lievi; in quelli gravi e puri, i carboidrati si daranno a dosi singole piccole: l';nsulina, evidentemente, è contro-indicata.

Nei casi in cui la glicosuria extrainsulare complica il diabete insulinico, il trattamento va rivolto essenzialmente al disturbo insulare, in quanto che anche le complicazioni vengono influenzate da alte dosi di insulina. Ciò non significa che si debba trascurare anche la componente endocrina: così in quella tiroidea, possono essere utili le somministrazioni di solfato di chinina e l'irradiazione röntgen della tiroide, in quella ipofisaria (acromegalia) l'irradiazione dell'ipofisi. E non si deve credere che, in questi casi in cui si ha anche una componente extrainsulare siano refrattari all'insulina. Questa spesso trova la sua ragione nel tipo dell'insulina usata; molte volte, basta cambiare marca di insulina per vedere scomparire la così detta refrattarietà. *fil.*

Osservazioni sulla somministrazione di cloruro di sodio nel diabete.

A. R. Mac Lean (*Proceeding of the Staff Meetings of the Mayo Clinic.*, 22 maggio 1935).

L'interesse sul metabolismo del calcio nel diabete mellito è stato destato dall'osservazione che valori bassi del calcio del siero e tetania si erano sviluppati in due pazienti diabetici i quali ricevevano circa 20 grammi di cloruro di sodio al giorno in addizione al sale già contenuto nella loro dieta. Quando la quantità extra di sale fu eliminata, il valore del calcio sanguigno salì al normale e non vi fu più tetania.

Ripetendo lo stesso procedimento in un altro caso di diabete e facendo l'esperimento di controllo su sè stesso, l'A. ha potuto fare qualche altra osservazione di cui riferisce in questo lavoro.

Infatti, in addizione al sale della dieta ordinaria, l'A. prese per bocca 120 gr. di cloruro di sodio al giorno, per una settimana. Aumentò di peso di 2,7 kg.; il polso scese da 78 a 58 pulsazioni per minuto e non vi fu aumento delle pulsazioni in seguito a esercizio moderato. La pressione del sangue, che era normale a 110 mm. di mercurio sistolica e 80 diastolica, non ebbe alcuna variazione. La concentrazione del calcio del siero, prima dell'inizio dell'esperimento era di 10,8 mg. per 100 cc.; il più basso valore raggiunto fu di 10,6 mg. Verso la fine dell'esperimento parve all'A., che l'aumentata assunzione di cloruro di sodio potesse avere qualche effetto sulla tolleranza allo zucchero; la sua attenzione fu diretta alle osservazioni di Glass e Beiless nel 1930, e di Thompson e Mc Quarrie nel 1934.

Nella insufficienza surrenale, i bassi valori di cloruri nel plasma sono associati ad una bassa glicemia: nell'esperimento dell'A. si è ottenuto l'opposto: con una forte assunzione di cloruro di sodio, si è avuto un abbassamento della tolleranza al glucosio. Per dimostrare ciò l'A. praticò, su sè stesso, l'ultimo giorno dell'esperimento, una prova di tolleranza dello zucchero secondo il metodo recentemente descritto da Exton.

Il valore della glicemia a digiuno era di 79 mg. per 100 cc. Mezz'ora dopo l'ingestione di 50 gr. di glucosio, la glicemia salì a 128 mg. e, dopo che altri 50 gr. di glucosio furono presi per bocca, discese nella mezza ora susseguente a 115 mg. per 100 cc. di sangue. Quindici minuti dopo l'ultima presa di sangue, il soggetto si sentì molto debole, ebbe una improvvisa e forte sensazione di fame e cominciò a traspirare. Datosi affannosamente alla ricerca di un ristorante, che gli sembrava di non poter mai trovare, consumato un lauto pranzo, gli venne l'idea che il fenomeno che aveva provato era molto simile ad una reazione da insulina. (Strani, questi studiosi americani!).

Dagli studi di cui si è sopra parlato, risulterebbe che la somministrazione di cloruro di sodio, in un caso di diabete, potrebbe servire a diminuire la richiesta di insulina, il che sarebbe molto vantaggioso, specialmente in quei casi di diabete grave nei quali ne sono necessarie di solito delle dosi alte. Presto capitò un paziente nel quale, da quanto si poteva dire dall'apparenza, ogni tentativo allo scopo di trovare un miglioramento era giustificato. Il paziente, un uomo di cinquanta anni, aveva avuto il diabete mellito per dodici anni, ed attacchi di edema polmonare

per tre anni. Egli entrò in Ospedale l'11 febbraio 1935 con diabete incontrollato, arteriosclerosi grave e cancrena dell'alluce sinistro. Egli fu posto ad una dieta che consisteva di 111 gr. di carboidrati, 65 gr. di proteine e 157 gr. di grasso: il valore calorico di questa dieta era equivalente alla richiesta del suo metabolismo basale più il 30 %. Alla data di ammissione la sua glicemia era di 180 mg. per 100 cc. Per dieci giorni fu necessario aumentare molto il dosaggio dell'insulina. Il 19 febbraio il paziente riceveva 115 unità di insulina al giorno, 60 prima della colazione, 35 prima del pranzo e 20 prima della cena. Malgrado ciò l'analisi delle urine alle ore 11 antimeridiane rivelò la presenza di zucchero. La glicemia a digiuno in quel momento era di 146 mg. per 100 cc. Il calcio del siero era 10,1 mg. per 100 cc.

Il 22 febbraio al paziente furono somministrati 40 gr. di cloruro di sodio dopo ciascun pasto, un totale di 120 gr. in dodici ore. Il suo unico disturbo fu un moderato senso di sete. L'esame dell'urina alle 11 a. m. di quel giorno non rivelò tracce di zucchero, e ciò avveniva per la prima volta dopo la sua ammissione. Egli restò completamente aglicosurico per 24 ore con la somministrazione in totale di 90 unità di insulina soltanto. Alle tre di notte si verificò una grave reazione da insulina, caratterizzata da sudorazione, fame, pallore e dolore retrosternale a tipo *angina pectoris*: gli furono subito somministrate delle aranciate, ed i sintomi disparvero rapidamente: ciononostante si sviluppò un modico edema polmonale, accompagnato da edema discreto delle gambe. Questi segni disparvero nelle susseguenti dodici ore. Il cloruro di sodio non fu più somministrato.

Il mattino seguente, dodici ore dopo l'ultima dose di cloruro di sodio, e malgrado i 40 gr. di carboidrati sotto forma di aranciata dati durante la notte, la glicemia a digiuno era di 109 mg. per 100 cc. ed il calcio del siero 9 mg. per 100 cc.

Il giorno seguente il paz. ricevette di nuovo 90 unità di insulina e si verificarono due lievi reazioni da insulina dopo i pasti del mattino e del pomeriggio. Non vi era zucchero nelle urine. Nei due giorni seguenti la dose di insulina venne gradualmente ridotta. Il 25 febbraio la glicemia a digiuno era di 102 mg. per 100 cc. Il paz. ricevette 75 unità di insulina nelle 24 ore e di nuovo ebbe una lieve reazione insulinica dopo la iniezione del mattino di 40 unità. Il 27 febbraio il p. era ancora aglicosurico e riceveva 65 unità di insulina al giorno. Il 5 marzo egli era sempre aglicosurico con 55 unità di insulina giornaliere.

Dunque per due settimane la dose di insulina richiesta era progressivamente diminuita, l'urina essendo sempre priva di zucchero e sempre più abbassandosi la glicemia a digiuno. La gangrena dell'alluce sinistro era apparentemente in via di guarigione, e già il paz. era preparato per uscire dall'Ospedale. Una improvvisa trombosi della arteria femorale destra però portò a cancrena del piede destro e ad una setticemia fatale.

Questa la comunicazione dell'A. americano. È da notare però che Glass e Beiless nel 1930 avevano già riportato l'effetto della somministrazione di cloruro di sodio in pazienti con diabete mellito. Dal loro studio risultava che, iniettando per via endovenosa 20 cc. di una soluzione dal 15 al 20 % di cloruro di sodio, si provocava un abbassamento della glicemia fino al 47 % in pazienti diabetici nella seconda ora dopo l'iniezione. Negli individui normali tale diminuzione era soltanto del 20 %. Dodici grammi di cloruro di sodio dati per bocca causavano anche un abbassamento della glicemia. Tali AA. credevano che l'effetto non fosse attribuibile allo jone sodio bensì al jone cloro. Anche Thompson e Mc Quarrie, nel 1934, hanno riportati effetti simili ottenuti mediante la somministrazione di cloruro di sodio in bambini diabetici.

Nella discussione R. M. Wilder ha confermato le esperienze dell'A.: egli avrebbe ottenuto buoni risultati anche con dosi minori di quelle usate dall'A. e crede che il metodo sia molto utile in casi di insulino-resistenza. La dose usata era di 15 gr. *pro die*. La dose veniva ridotta quando si manifestavano i segni di reazione all'insulina.

Si tratta di problema di alta importanza pratica, che merita ulteriori accurati studi.

G. LA CAVA.

L'importanza del sodio nell'insufficienza surrenale.

(R. LOEB, D. W. ATCHLEY e J. STAHL. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 15 giugno 1935).

Gli AA., partendo dalla considerazione della somiglianza tra gli stati di shock che si possono sviluppare in alcune condizioni patologiche, e che sono legati ad una perdita di sali ed acqua, ed il quadro dell'insufficienza surrenale acuta nel morbo di Addison, hanno pensato che anche in quest'ultima condizione la perdita di sale ed acqua possa rappresentare un fattore importante.

In base ad alcune osservazioni cliniche concludono che l'insufficienza surrenale acuta del morbo di Addison si associa ad una netta diminuzione del contenuto in sodio del sangue ed a una disidratazione (nonchè ad una diminuzione del cloro e dei bicarbonati e ad un aumento del potassio e dell'azoto non proteico). Questa diminuzione della concentrazione del sodio nel sangue è dovuta ad una au-

mentata escrezione di esso attraverso il rene. L'ipotesi più verosimile che si può avanzare per spiegare questo fatto è che la corteccia surrenale regoli il metabolismo del sodio.

La sottrazione di sodio dalla dieta provoca un ulteriore e rapido abbassamento della concentrazione del sodio nel sangue, ma può condurre ad una crisi surrenale pericolosa per il p.

Al contrario la somministrazione di sale allevia spesso l'insufficienza surrenale acuta e la continuazione di questa terapia mitiga considerevolmente i segni ed i sintomi del morbo di Addison.

Ma bisogna tenere presente che se la distruzione della glandola surrenale è completa, il sale non basta a mantenere la vita: in altri termini una certa quantità di sostanza corticale, sia preesistente nell'organismo, sia introdotta dall'esterno, è necessaria per mantenere la vita.

Se l'insufficienza surrenale non è corretta dalla somministrazione di sali, non lo sarà neppure dagli estratti commerciali nelle dosi usuali: è da sperarsi per il futuro di questa terapia che gli estratti commerciali siano completamente adeguati al mantenimento in vita del cane surrenectomizzato. N. Nunberg.

MISCELLANEA.

Una esplosione in un apparecchio da anestesia.

(R. Ironside. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, giugno 1935).

La esplosione ha avuto luogo nella sala da anestesia del Royal Masonic Hospital il 14 novembre 1934. L'apparecchio da anestesia che era fra i più moderni, con valvole speciali per l'ossigeno, l'anidride carbonica ed il protossido di azoto, era stato in uso per due ore e mezza continue, con etere che passava attraverso una corrente di ossigeno. L'immissione dell'ossigeno era stata arrestata chiudendo la chiavetta dell'apparecchio e non la testata della bombola contenente l'ossigeno. Quando la esplosione avvenne, l'apparecchio veniva trasportato dalla sala operatoria nella sala di anestesia per praticare la anestesia su di un altro paziente. Il recipiente contenente l'etere si ruppe in piccoli pezzi, e due bottiglie di etere nell'altro lato della sala esplosero circa due secondi dopo. L'infermiere fu buttato per terra dalla violenza della esplosione, il medico fu spinto fuori e così anche la *sister*, la quale fu anche ferita alla faccia: il paziente cadde dalla barella e tutta la stanza fu in breve in preda alle fiamme. Vi furono dunque tre esplosioni: le porte che comunicavano con la sala operatoria si aprirono con violenza per tre volte ed attraverso di esse comparvero lunghe fiammate. I presenti si diedero naturalmente da fare per rimuovere il paziente che era rimasto nella sala da anestesia e chiamarono i pompieri, sì che presto il fuoco fu domato. I cilindri dell'ossigeno, protossido d'azoto, ed anidride carbonica fortunatamente rimasero intatti.

Quale fu la causa dell'esplosione? Le infermiere e i portantini dell'ospedale si lamentavano spesso che delle scintille si formavano dai carrelli che servivano per il trasporto dei cibi e dei malati: questi carrelli erano isolati dal terreno con ruote di gomma. Sperimentando con la barella del paziente, si trovò che strofinando tre o quattro volte con una tovaglia sopra il materasso di gomma era possibile provocare delle scintille lunghe più di un centimetro: ciò non avveniva se la barella invece di essere isolata, aveva sufficiente contatto con la terra, in modo che in questa si potesse scaricare la corrente formata.

Ora, il tavolo da anestesia era poggiato su ruote di gomma, e l'ossigeno passava al recipiente dell'etere attraverso un tubo metallico, e da qui attraverso un tubo di gomma alla maschera, e ciò per la durata di due ore e mezzo prima che la esplosione avvenisse. L'ipotesi avanzata da un esperto (avendo l'elettricista trovato che tutte le lampade, prese elettriche, erano in ordine, e che non vi era perdita di corrente in nessun punto del circuito) fu che la esplosione era stata causata o dall'ossigeno che passava attraverso il tubo metallico oppure da una scintilla formatasi dal carrello su cui il paziente si trovava. Fu anche accertato che la concentrazione di etere e di ossigeno nel recipiente era sfortunatamente quella più altamente esplosiva e cioè circa il 95 % di ossigeno ed il 5 % di etere.

Nell'uso, a scopo di anestesia, dell'etere, cloruro di etile, etilene ecc., è generalmente noto che bisogna avere molta cura nel prevenire la accensione inaspettata di tali gas. Il rischio può essere diviso in due classi:

1) quella che risulta dalle applicazioni fatte dall'uomo;

2) quella che risulta dalle forze della natura.

Nel primo gruppo sono comprese la fiamma libera, i moderni apparecchi ad alta frequenza e gli impianti elettrici difettosi. Nel secondo gruppo è compresa la elettricità statica: è questa che presenta il pericolo più grave, sempre presente quando vengano usati materiali volatili infiammabili. Gli innumerevoli casi di tal genere verificatisi in America possono servire all'insegnamento.

Le cariche elettriche statiche possono formarsi in varie maniere: tutti conoscono le scintille che si formano strofinando con la mano sul dorso di un gatto. Le persone con la pelle secca sono facili ad accumulare discrete cariche di elettricità statica, giacchè

essi non hanno sulla loro superficie cutanea uno strato di umidità sufficiente per la conduzione della carica elettrica al terreno, e l'A. ha sentito di persone che possono realmente accendere un becco a gas con la punta delle loro dita. Non è altrettanto noto però che cariche elettriche possono prodursi dal contatto o dalla separazione di due materiali dissimili di qualsiasi genere, sia solidi che liquidi o gassosi ed inoltre per frizione o per il fluire di un gas sopra delle superfici solide: l'esperimento sembra dimostrare che tali cariche sono causate dalla presenza di minute particelle di polvere o da goccioline di liquidi trasportate con la corrente del gas. Quando dei gas o dei vapori passano attraverso l'apparecchio da anestesia vengono così realizzate le condizioni più opportune per la produzione di elettricità statica. In tali condizioni è spesso sufficiente che qualcuno tocchi l'apparecchio dell'anestesia perchè provochi in tal modo un contatto, e quindi la produzione di una scintilla elettrica, la quale è sufficiente a provocare lo scoppio dei gas infiammabili o dei vapori che fossero presenti nell'aria in quel dato momento.

Ma vi è un rimedio per l'elettricità statica e cioè l'aumento della umidità della atmosfera. È noto come sia più difficile ottenere una scintilla in un ambiente umido piuttosto che in un ambiente secco. La percentuale di umidità relativa necessaria per dissipare le cariche statiche non è ancora certa: parrebbe che una umidità relativa del 50 % sia sufficiente, per una camera operatoria. Per completare la protezione sarebbe bene anche porre delle spugne bagnate nelle maschere e nei palloni della respirazione. È opportuno anche collegare elettricamente tutti i vari elementi dell'impianto da anestesia e cioè particolarmente i cilindri e l'apparecchio. Con tali provvedimenti il pericolo di esplosioni si può dire completamente evitato. G. LA CAVA.

Gangrena periferica sperimentale: effetto della sostanza estrogena e sua relazione con la trombo-angioite.

(E. J. G. MC GRATH. *Arch. of Int. Med.*, n. 6, giugno 1935).

L'A. parte dall'osservazione della somiglianza fra trombo-angioite obliterante e gangrena da intossicazione ergotaminica. Con dosi sufficientemente alte di tartrato di ergotamina iniettate in ratti albini, sia maschi che femmine, ha prodotto gangrena della coda: l'A. descrive il processo patologico. Quindi è stata studiata l'azione protettiva del theelin contro la gangrena da intossicazione con ergotamina: i ratti femmine intossicati con tartrato di ergotamina sono protetti contro la gangrena da dosi giornaliere sufficientemente alte di theelin; nei ratti maschi invece in una serie sola si notò un ritardo nell'insorgenza dei disturbi trofici. L'A. nota il parallelismo tra la limitazione della trombo-angioite obliterante quasi esclusivamente al sesso maschile e la protezione dei ratti femmine dalla gangrena ergotaminica ottenuta per mezzo di un eccesso di theelin: questo fatto suggerisce l'ipotesi che nella trombo-angioite obliterante possa essere in giuoco un fattore etiologico basale endocrino e che l'assenza di questa malattia nella donna, o per lo meno la presenza in una forma così attenuata da sfuggire alla osservazione clinica, possa essere dovuta ad un'azione protettiva del principio estrogeno dell'ovaio. M. NUNBERG.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

E. RIST. *Séméiologie élementaire de l'appareil respiratoire.* Pagg. 190, 1935. Masson édit., Paris. Fcs. 22.

Scopo degli « elementi » esposti in questo libro è di far apprendere la tecnica della diagnosi delle malattie dell'apparato respiratorio, di « guidare i primi passi » degli studenti nella medicina clinica respiratoria. Rist, con l'abilità didattica che gli è propria, ha esposto solo fatti ed interpretazioni che dalla sua esperienza sono risultati fondamentali ed esatti, in modo semplice, chiaro: ha evitato tutte le cavillose discussioni, non ha citato nome proprio alcuno, ha curato in modo meticoloso la « dizione tecnica », base dell'eloquio medico del futuro pratico.

In una prima parte egli espone i principali sintomi delle malattie respiratorie; nella seconda i fondamenti della tecnica ispettiva, stetoacustica, percussoria acustica, radiologica, endoscopica, e di laboratorio. Una terza parte tratta dell'utilizzazione dei sintomi e segni per la diagnosi delle sindromi, onde giungere alla diagnosi nosologica.

La originale esposizione rende piacevole e non pesante la lettura: da essa trarranno utile, oltre gli studenti, anche i più maturi della nostra arte e scienza. MONTELEONE.

MISTAL. *Endoscopie et pleurolyse*, con prefaz. del prof. JACOBAEUS. Un vol. di 436 pagg.. con 184 fig. Masson & C.ie, édit. Paris, 1935. Fr. 55.

Nuovo volume della collezione « Biblioteca tisiologica» diretta dal compianto L. Bérnard, dedicato alla memoria di C. Forlanini « créateur de la collapsothérapie ». Nella sua bella monografia il Mistal ci espone i progressi che la pleurolisi e l'endoscopia hanno compiuto in venti anni. In un primo capitolo è rilevato l'importanza delle aderenze nella cura della

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tbc. polmonare con il pneumotorace: una serie di dati mostra l'azione nociva di esse. Le aderenze sono esaminate dal punto di vista radiologico, dal punto di vista pleuroscopico, anatomo-patologico ed istopatologico. Vengono ricordate le varie classificazioni delle aderenze Successivi capitoli trattano della sezione delle a., a torace aperto ed a torace chiuso. Indicazioni e controindicazioni dell'endoscopia pleurica, liberazione delle aderenze formano ampio argomento di minuta trattazione nel quarto e quinto capitolo; nel sesto, con ricca documentazione iconografica, in gran parte originale, vengono descritti gli istrumenti in uso: pleuroscopi semplici, con ottica e senza, trequarti, cauteri (galvano-cauteri, cauteri diatermici, cauteri misti) e in altri paragrafi gli istrumenti sussidiari, le pinze, i trasformatori ecc. Non sono dimenticati i dispositivi di cinematografia e fotografia endotoracica. Il capitolo settimo tratta dell'anatomia, istologia e fisiologia degli organi endotoracici; l'ottavo delle modalità di intervento; il nono delle complicazioni; il decimo dei risultati. Completano la trattazione, le recenti acquisizioni nei riguardi dell'irradiazione endopleurica, ed una bibliografia vasta (557 citazioni).

L'opera, frutto di cinque anni di lavoro, è basata essenzialmente sulla personale esperienza dell'A. Sono pertanto norme acquisite dalla pratica quotidiana; norme espresse in maniera semplice e, meglio ancora, rese dimostrative da numerosi schemi. grafici, fotografie, radiografie, microfotografie. Tutte le tecniche, di cui alcune sono innovazioni personali del Mistal; tutti gli istrumenti, finora conosciuti, sono ricordati. Da quest'opera ne verrà una maggiore diffusione, presso i tisiologi, del metodo operatorio, permettendo rapidi orientamenti al pratico, ed allo specialista facilitando la pratica applicazione.

MONTELEONE.

RONZONI G., MANNUCCI P., ecc. *Studi clinici e sociali di tisiologia*. Vol. IV. Ed. L. Reali. Milano, 1935.

L'attività dell'Istituto di Tisiologia « O. P. Poliambulanza G. Ronzoni » di Milano. non ha sosta: questa quarta serie di lavori clinici e sociali testimonia la fervida operosità dei dirigenti e di tutto il personale sanitario. Contributo speciale allo studio di taluni problemi diagnostici, contributi statistici e sintetici di provvidenze profilattiche e terapeutiche che mostrano come la Poliambulanza, sempre più adeguata alle attuali necessità della lotta nazionale contro la tbc., bene interpreti le direttive del Governo

Fra i molti lavori che completano il volume ricordiamo quelli del Mannucci sulla broncopneumografia; di Sechi e Baroni sulle caverne tbc. del polmone; del Piana sulla cura dell'empiema pleurico. Ed inoltre lavori del Bareggi sull'emigrazione e la tcb.; del Corbetta sulla tbc. rurale; di G. Ronzoni sul dispensario antitubercolare ed i nuovi orientamenti assistenziali, ecc.

L'interessante raccolta è dedicata alla memoria della d.ssa M. Bossard di Luino, già collaboratrice degli AA. nella sezione pediatrica.

MONTELEONE.

NITTI FED. *La vaccinothérapie dans l'asthme bronchique*. Vol in-8° di 140 pag. con tavole e fig. J. Peyronnet et C.ie, édit. Paris 1935. Fr. 35.

Il lavoro è stato eseguito sotto la direzione del Pasteur Vallery-Radot, per la parte clinica, e all'Istituto Pasteur col Salimbeni, per la parte batteriologica.

La vaccinoterapia batterica nell'asma bronchiale, costituisce la più tipica dissensibilizzazione aspecifica; l'asma bronchiale, come è stato dimostrato dalla Scuola Italiana, non dovendosi mai ritenere di natura batterica.

La vaccinoterapia purtuttavia è di utilità indiscussa nell'asma e specialmente in quelle forme di asma nelle quali coesistano segni di cronica bronchite o di bronchite ricorrente. Sul meccanismo d'azione della vaccinoterapia molto si è discusso, poco si è concluso: perciò il contributo dell'A. è utile apporto di nuovi fatti che precisano le indicazioni terapeutiche ed aiutano ad interpretare il meccanismo d'azione dei vaccini. L'A. ha dedicato le sue ricerche culturali di isolamento ai germi esistenti nell'espettorato e nel secreto nasale di molti asmatici: la flora ha mostrato dei caratteri di fissità col predominio del viridans e dell'emolitico, nell'espettorato; nel naso, dello stafilococco. Di poi sono stati trattati dall'A. 22 malati nella maggior parte dei quali ha avuto buoni risultati. Il libro, che in vari capitoli descrive minutamente tecnica e risultati e si chiude con abbondante bibliografia, costituirà una preziosa guida per coloro i quali vogliano contare un'arma di più ed un'arma efficace per una così ostinata affezione.

MONTELEONE.

M. C. STOPES. *L'amour et le mariage*. Edizioni V. Attinger, Parigi. Prezzo Fr. 12.

È la traduzione francese di un libro che nell'originaria edizione inglese ha già avuto un notevole successo.

È un volume di piccola mole, ma denso di fatti e idee. Sono abilmente messe a profitto esperienze personali e confidenze di uomini e, sopra tutto, di donne, per giungere a considerazioni generali sulle relazioni sessuali dei giovani sposi.

Il libro è dedicato alle coppie approssimativamente normali, che, malgrado ciò che si potrebbe inferire dalla letteratura e dal teatro moderno, costituiscono ancora l'enorme maggioranza.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Il VII Congresso Internazionale degli Infortuni e delle Malattie del Lavoro.

Bruxelles, 23-26 luglio 1935.

Congresso affollatissimo a cui sono convenuti i rappresentanti di 40 Nazioni; molto numerosa la delegazione italiana, che ha partecipato largamente ed attivamente alle sedute. Vari italiani (i proff. AJELLO, BIONDI, DIEZ, PIERACCINI) erano fra i relatori.

La seduta inaugurale è stata tenuta alla presenza del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale, DELATTRE. La serie dei discorsi, che sono stati brevi ed efficaci, è stata aperta da GLIBERT, veneranda figura di apostolo del bene il quale, rivolto ai giovani, ha additato loro la bellezza e la grandezza del campo di attività offerto dallo studio delle malattie del lavoro. « Noi » egli continua, « gli anziani, gli operai della prima ora, riponiamo in voi tutte le nostre speranze ». Si associa alle sue parole il ministro DELATTRE, il quale rileva l'importanza di questo Congresso, che sarà da lui seguito col massimo interesse.

Il prof. DEVOTO, nella sua qualità di presidente della commissione internazionale permanente per le malattie del lavoro e che, col GLIBERT, è stato un ardito pioniere in questo campo un tempo negletto, rievoca felicemente le parole del Re del Belgio al II Congresso, tenutosi pure a Bruxelles 25 anni or sono ed in un alato discorso rende omaggio alla Nazione Belga ed alle conquiste nel campo della medicina del lavoro.

Dopo un discorso di ZOLLINGER ed un altro di STOBBAERTS che parla per i giovani e per la Società belga degli infortuni e delle malattie del lavoro, chiude la serie L. DEJARDIN, segretario del Congresso, rilevando con soddisfazione che qui si riuniscono con lo stesso nobile intento 40 Nazioni, tutto un mondo, unito nella lotta contro le malattie del lavoro e prospettando la visione di un futuro, con il mutuo aiuto ed i sentimenti di affratellamento; nel seno delle Nazioni finalmente rappacificate, anche gli uomini saranno migliori.

Alla fine delle sedute è stata proclamata l'assegnazione dei premî per una memoria sul valore dello stato anteriore nell'apprezzamento delle sequele degli infortuni. Su 14 concorrenti, i premî sono stati dati ai dott. Di Prisco (Napoli), Daniel (Marsiglia) e Prins (Utrecht).

I lavori del Congresso si sono svolti in varie Sezioni, riguardanti le malattie del lavoro, gli infortuni e le questioni miste.

A) QUESTIONI MISTE.

I. *Le manifestazioni obbiettive del dolore.* — O. CROUZON e J. CHRISTOPHE hanno trattato le alterazioni patologiche del senso del dolore, considerando: a) *le algie viscerali;* espongono le varie teorie, soffermandosi specialmente sul meccanismo simpatico, importante per le aplicazioni terapeutiche (ramisezione); b) *le algie da lesioni del sistema nervoso,* interessanti le vie sensitive periferiche (neuralgie, nevriti, causalgie, eritromelalgia, ecc.), midollari (lesioni del midollo con sindrome di Brown-Sequard, commozione ed altre lesioni) ed encefaliche (sindromi dolorose talamiche, cefalee da traumi cranici, da attacchi di meningite sierosa); c) *le algie psicopatiche* (dolore allucinatorio da interpetrazione delirante). Importante è la considerazione di dolori descritti come cenestopatici e neurastenici, che vanno ravvicinati alle algie di natura simpatica

In complesso, sono da considerarsi due tipi di dolore, l'uno corrispondente a lesioni del sistema sensitivo cerebro-spinale, l'altro di quello simpatico.

M. DE LAET si occupa della *diagnosi obbiettiva del dolore nei traumatizzati,* rilevando anzitutto che l'obbiettivazione del dolore mediante la cronassia è da considerarsi soltanto come una ricerca di laboratorio. Più importanti sono i metodi clinici, fra cui la papillaroscopia (che presenta però delle difficoltà negli agitati) e la frequenza del polso con le variazioni della pressione. Una ricerca importante messa in luce dallo stesso O. sarebbe quella del pH urinario, che diminuisce da 0,1 a 1,0 sotto l'influenza del dolore.

Fra le comunicazioni, è da segnalare quella di un medico romeno sulla *assenza del dolore,* nozione di grande importanza perchè spiega, per esempio, lo svilupparsi di appendiciti, di ulcere-gastro-duodenali ecc. nel più completo silenzio dei fenomeni. Cita a tale proposito vari casi interessanti. Generalmente in questi individui che non hanno coscienza di affezioni spiccatamente e tipicamente dolorose, si ha abolizione del riflesso faringeo, il quale andrebbe, quindi, sempre ricercato.

II. *Le lesioni da elettricità.* — M. G. AIELLO ha fatto un'ampia e documentata relazione, in cui sviscera a fondo il complesso problema patologico, riportando anche la casistica di un medico ferroviario (Caselli) di infortuni da elettricità occorsi nell'esercizio delle Ferrovie di Stato italiane, da cui risulta la frequente assenza di postumi nervosi ed il fatto che spesso questi infortunati rinvengono anche senza respirazione artificiale.

L'O. considera singolarmente le lesioni cutanee, quelle muscolari, ossee, oculari e quelle degli organi interni (cuore, milza, fegato, ecc.). Riporta il formulario da lui redatto per l'inchiesta degli elettro-traumatizzati, che ha incontrato la generale approvazione.

M. WEGENLIN si occupa dell'*anatomia patologica dell'infortunio elettrico* e S. JELLINEK si occupa con la nota competenza dell'*elettro-igiene,* la quale deve essere considerata anche come una questione internazionale, che dovrebbe essere centralizzata all'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra.

Molto pratico è stato STASSEN, Capo del Servizio sanitario delle Ferrovie del Belgio che, nella sua relazione, ha concluso che in fatto di infortuni elettrici si deve essere in linea generale ottimisti, considerando l'individuo colpito come in stato di morte apparente e continuando a lungo la respirazione artificiale, la quale va fatta specialmente tenendo il paziente coricato sul ventre anzichè sul dorso. Ottimisti si deve pure essere per quanto riguarda le lesioni locali, specialmente per le ustioni che sono fra quelle che più facilmente guariscono. L'infortunato va tenuto sotto continua sorveglianza, assumendo nei riguardi delle lesioni una attitudine essenzialmente conservativa. Importante è la mobilizzazione precoce.

G. RECCHI riferisce su 100 casi occorsi nelle F. S. italiane e rileva anzitutto la necessità di distin-

guere nel calcolo della mortalità l'infortunio veramente elettrico da quello consecutivo (per caduta). Nel 57 % dei casi, si è osservato lo « shock » elettrico. In nessuno, si sono avute lesioni nervose a distanza.

Anche il Capo del Servizio sanitario della rete del « Midi » in Francia, fa varie considerazioni pratiche sull'evoluzione delle lesioni senza infezioni, sulla recettività individuale, dipendente soprattutto dall'umidità della cute, ecc.

B) MALATTIE DEL LAVORO.

Di grande importanza è il problema trattato della *lotta contro le polveri industriali.* MIDDLETON e BORDAS si sono occupati delle modalità di presa dei campioni e del relativo conteggio.

S L. TELEKY ha messo in rilievo l'importanza del tipo costituzionale nello sviluppo della silicosi, che predilige i leptosomi in confronto dei picnici. Notevole è anche l'importanza della conformazione del naso per la quantità di polvere che vi si può raccogliere, per cui si hanno addirittura delle differenze del 40 % e più fra i vari individui. Ritiene necessarie delle radiografie periodiche.

Anche G. PIERACCINI, nella relazione sullo stesso argomento, segnala l'importanza del fattore individuale, considerato dal punto di vista della costituzione sia generale che parziale (naso, bocca, tonsille). Consiglia di rifiutare per i mestieri polverosi i longilinei astenici, come i brevilinei pastosi, flaccidi ad abito linfatico, gli adenoidei e quelli che presentano fatti a carico dell'apparato respiratorio. Il massimo di severità sarà esercitato per i mestieri con polveri particolarmente dannose.

ED. MARTIN nella relazione sui *segni di allarme d'intolleranza per la nocività del lavoro*, osserva che ogni lavoro nella polvere è malsano. Esso può essere sopportato secondo il tempo che dura, la costituzione, la resistenza, ecc. I meccanismi fisiologici protettivi arrestano da una metà 2/3 delle polveri. Il sistema linfatico agisce in modo diverso secondo gli individui, sicchè, pure nelle stesse condizioni, si ha in uno pneumoconiosi, nell'altro no.

Quando diminuisce la resistenza organica, compaiono i primi sintomi, che possono riguardare l'apparato respiratorio, le malattie cardiovascolari e l'asma. Di grande importanza è l'insufficienza nasale, che comanda l'interdizione del lavoro polveroso; tale interdizione va anche estesa a qualunque individuo di cui il polmone ha raggiunto i limiti della sua difesa normale, il che non è sempre dimostrato dalla radiografia, che indica soltanto i disturbi tissulari. Ad ogni modo, l'eliminazione precoce non può farsi che in base ad esami ripetuti, il che costituisce un problema medico-sociale assai grave e complesso.

La questione delle *radiografie nelle lesioni polmonari da polveri* è stata oggetto di numerose comunicazioni ed ha suscitato vive discussioni. Qualcuno ha rilevato anzitutto la necessità di tenere ben distinta la pneumoconiosi dalla silicosi. Soprattutto, è difficile ed incerta l'interpetrazione dei film, per cui è indispensabile una terminologia esatta. La confusione è tale che mentre uno degli oratori ha presentato dei film come « granulìa fredda », un altro ha escluso categoricamente che si trattasse di tale lesione.

Risulta che il Carozzi ha raccolto con un faticoso lavoro un vasto materiale sull'argomento, che va studiato a fondo.

Si sono avute anche delle comunicazioni sulla costituzione geologica delle polveri di certi bacini minerari, allo scopo di spiegare l'esistenza o meno di lesioni polmonari; grande importanza avrebbe la *sericite.* Ma nemmeno su questo punto sembra raggiunto l'accordo.

DENET-KRAWITZ ha redatto un questionario per gli individui addetti a mestieri polverosi, mentre DELADRIERE, E. BOERMA, F. GROENEVELD e H. KRANENBURG hanno studiato soprattutto l'efficacia della filtrazione e l'allestimento dei filtri.

Parecchie sono state le relazioni sull'*azione patologica dei gas delle vene a grisou*, tema essenzialmente specializzato per le miniere di carbon fossile, e quindi di interesse secondario per noi.

C) INFORTUNI DEL LAVORO.

Due sono stati i temi trattati in questa sezione.

1) *Sequele a distanza dei traumi cranici.* — C. F. SIMONDS ne tratta l'*eziologia e sintomatologia*, basandosi sull'osservazione di 99 casi; in 25 di essi, si sono avuti anche disturbi mentali. Nella maggioranza dei casi di epilessia traumatica, la frattura del cranio è stata rilevata con i raggi X. Si sono avute come sequele l'anosmia e l'atrofia dei nervi ottici; molto frequenti sono la cefalea e le vertigini, che vengono attribuite da W. PENFIELD alla chiusura adesiva dello spazio durale.

ARNAUD e PENFIELD trattano l'*anatomia patologica*, rilevando la caratteristica della latenza delle lesioni anatomiche, che evolvono poi in un senso o nell'altro secondo le varie condizioni fisio-patologiche.

M. LIPPENS segnala la difficoltà di una *diagnosi* precisa ed i mezzi con cui vi si può arrivare, specialmente ricercando i disturbi motori minimi e le lesioni misconosciute del cranio e dell'encefalo. Studia le manifestazioni discrete che costituiscono il complesso della sindrome commozionale a cui riconosce una base anatomica, che serve a distinguerla dalle neuropatie e dalla neurosi traumatica.

Sul *trattamento* riferiscono A. OLLER e E. ESCARDO, insistendo molto anche sulla psicoterapia e sulla risoluzione delle vertenze con un'adatta perizia medica. Ampia è la relazione di P. MARTIN, che considera le singole sindromi (commozionale, paralisi, contratture, ecc.). Sui pretesi *segni obbiettivi della neurosi traumatica*, ha presentato una comunicazione G. DRAGOTTI, basandosi sull'osservazione di 4000 individui normali, in cui ha riscontrato nel 70 % la presenza di dermografismo, tremori, accentuazione dell'eccitabilità meccanica dei muscoli. Tutti segni che vengono da taluno considerati come particolari per la neurosi traumatica e che invece non hanno, da soli, alcun valore medico-legale.

2) *Traumi della mano e delle dita.* — Il tema è stato trattato da vari autori sotto molteplici aspetti, con relazioni che superano anche le 100 pagine. molto ricche di particolari e, come tali, in generale impossibili a riassumersi. M. NEUMANN e L. BOHLER si sono occupati del *trattamento immediato* di queste lesioni, C. G. YERSIN e A. BUZELLO delle complicazioni infettive, basandosi sull'osservazione di 10.000 casi.

S. DIEZ, con la collaborazione di APROSIO illustra le *lesioni traumatiche provocate della mano e delle dita*, riportando 36 osservazioni personali di recisione tendinea da autolesionismo ed accenna al metodo da lui consigliato per dimostrare la provocazione fraudolenta di fratture, delle quali illustra con radiografie e schemi 49 casi personali.

CH. LENORMANT e M. ISELIN si occupano delle *operazioni riparatrici dopo il trauma*, R. LERICHE e R. FONTAINE delle sequele dolorose e trofiche dei traumi della mano e del piede, indicando gli interventi che s'impongono nei vari casi. L. IMBERT tratta la *perizia medica* di questi traumi e J. PAOLI l'*aspetto sociale della questione e la valutazione della incapacità*.

Varie ed interessanti sono state le comunicazioni fra cui è da citare per la curiosità e l'importanza medico-legale una di S. DIEZ sulla *patogenesi dell'ernia da sforzo negli aviatori*, quale si verifica durante la rapida salita dopo una rapida discesa (« gran volta diritta » nel gergo aviatorio). In tali condizioni, per la forza d'inerzia, si ha un enorme aumento di peso nei visceri addominali, che esercitano contro la parete inferiore una pressione enorme, quale non si ha mai nemmeno nei più intensi sforzi. L'osservazione ha anche importanza pratica perchè l'acuto dolore che il formarsi improvviso di tale ernia risveglia potrebbe far perdere il controllo dell'apparecchio e determinare incidenti.

Il prossimo Congresso delle malattie del lavoro si terrà in Roma nel 1937 e quello degli infortuni a Madrid nel 1939.

A. FILIPPINI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 marzo 1935.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, presidente.

Ulteriore perfezionamento della tecnica della dieresi e resezione della prostata per le vie naturali.

A CASSUTO. — L'O. s'intrattiene sulla tecnica della cura della ipertrofia prostatica per le vie naturali, e richiama l'attenzione sul bisogno generalmente sentito e sulla necessità di semplificarla. Presenta e illustra un istrumento, da lui ideato, il quale offre i requisiti per essere adoperato agevolmente e con ottimi risultati.

La glicolisi intermedia dei tumori maligni sotto l'azione di vari joni.

Dott. A. CALÒ. — Mediante l'uso di determinati joni (p. es. del fluoro contenuto nel fluoruro di sodio) si possono inibire alcune delle tappe per cui passa o si suppone che passi, la glicolisi, nella serie di trasformazioni che vanno dallo zucchero all'acido lattico. A seconda che sottoponendo un tessuto all'azione, p. es. del fluoro, si abbia o no inibizione nella produzione di acido lattico, si può dire se un tessuto passa o no nella sua glicolisi traverso la fase dei prodotti fosforati.

In una precedente comunicazione era stato dimostrato come il tumore passasse nella sua glicolisi traverso la fase dei prodotti fosforati (Esose difosforata). Tale ipotesi si era dimostrata giusta poichè il fluoruro inibisce nei tumori la produzione di acido lattico.

Anche sostanze che hanno il potere di inibire i processi ossidoriduttivi, inibiscono nel tumore la formazione di acido lattico.

Ciò dimostra che nei tumori maligni avvengano processi ossidoriduttivi benchè, come dimostrammo in una precedente comunicazione, non si tratti degli stessi prodotti degli altri tessuti.

Infine si poteva dimostrare come il tessuto neoplastico abbia, sebbene in minor grado che non in altri tessuti, la facoltà di fissare l'acido solforico libero e che tale proprietà viene esaltata dall'aggiunta di fluoruro.

Glioxal e aldeide acetica nella glicolisi intermedia dei tumori maligni.

Dott. A. CALÒ. — Il metilglioxal, sostanza scoperta da Neuberg nella glicolisi e nella fermentazione alcoolica viene aggredito e trasformato quasi totalmente in acido lattico dal tessuto neoplastico maligno.

Contemporaneamente sorge una sostanza, la aldeide acetica, che ha forse l'importanza di sostanza intermedia nella glicolisi.

Il tessuto neoplastico si differenzia quindi da quello normale nella sua glicolisi: 1) in quanto che forma prodotti fosforati sui generis; 2) in quanto che non presenta gli stessi processi ossidoriduttivi degli altri tessuti, ma altri probabilmente passanti per il metilglioxal e per l'aldeide acetica.

Sarà compito di ricerche successive di chiarire questi fenomeni, la cui precisa conoscenza potrà portare all'identificazione della individualità enzimatica dei tumori maligni.

Partecipa alla discussione il prof. AMANTEA.

Prof. G. MELDOLESI. — *Il valore dell'esame cronassimetrico con speciale riguardo alle miopatie.*

Prof. G. MELDOLESI. *Sulla diagnosi di tumore del corpo calloso.*

Il Segretario: G. AMANTEA.

Ricordiamo l'interessante pubblicazione:

Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente di Medicina Legale degli Infortuni
nella R. Università di Firenze

La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge

(AD USO DEI MEDICI PRATICI)
Seconda edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata.

Volume di pagine XXIV-1004, nitidamente stampato su carta distinta ed elegantemente rilegato in piena tela, con inscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo L. **80,** più L. **3** per le spese postali di spedizione. Agli abbonati è concesso pagare tale importo in due rate di L. **41.50** ciascuna, la prima subito e la seconda alla distanza di tre mesi. Al ricevimento della prima rata di L. **41.50** si spedisce subito il volume in pacco postale.

Coloro che desiderano ottenere il volume per sole L. **72** e risparmiare anche le **3** Lire di spesa pel pacco postale debbono inviare Vaglia Postale o Bancario da L. **72** all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Xantocromia cutanea e ipercarotinemia.

C. Lian, A. Abaza e N. Sassier hanno riferito alla « Société Médicale des Hôpitaux de Paris » (*Bulletin et Mémoires*, 13 maggio 1935) un interessante caso di xantocromia da ipercarotinemia. Si tratta di una donna di 46 a. che presentava una tinta del viso e delle mani, ad un tempo gialla intensa e rosea; le congiuntive erano di color bianco brillante. Macchie gialle molto nette erano presenti all'inserzione del velo palatino ed alla faccia anteriore delle rotule. La colorazione xantocromica datava al momento della prima visita, da una diecina di giorni. All'esame obiettivo nulla di notevole ad eccezione di dolenzia inspiratoria nel punto di Murphy. Da pochi mesi la p., a causa di disturbi digestivi patiti, si assoggettava ad una dieta prevalentemente vegetariana. Furono fatte delle ricerche di laboratorio sulle orine e nel sangue: risulta solamente un forte aumento dei lipidi totali e del colesterolo nel sangue. Per tale motivo la p. fu sottoposta ad un duplice trattamento: da una parte la soppressione nei cibi di sostanze ricche in carotene e in colesterolo; dall'altra la somministrazione di tirosina per migliorare il metabolismo turbato dei corpi grassi. Questo metodo di cura fu coronato da rapido successo: scomparve la tinta arancione dei tegumenti e parallelamente si riscontrò nel sangue un abbassamento del lipocromo, del colesterolo e dei lipidi. Gli AA. hanno tratto le conclusioni seguenti: la xantocromia cutanea non era, nel caso studiato, dovuta a pigmenti biliari, ma alla ipercarotinemia favorita da una alterazione del metabolismo dei lipidi, onde la utilità di instaurare un regime dietetico diretto contro la ipercarotinemia e contro la iperlipidemia.

Prende la parola Noël Fiessinger il quale dice di aver osservato molti casi di xantodermia carotinemica sempre in conseguenza di disturbi nutritivi propri degli obesi o dei diabetici e non in rapporto con sovraccarico lipidico.

Lian riferisce che la xantodermia cutanea da ipercarotinemia si verifica in condizioni cliniche molto differenti: la patogenesi del processo però è ancora avvolta da grande oscurità.

VICENTINI.

Emorragie di svariata natura.

Filatov e Kartesevskji (*Zbl. Chir.*, n. 8, 1935) hanno adoperato la trasfusione di plasma sanguigno umano conservato, a scopo emostatico, in casi di emorragie di svariata natura. L'azione emostatica del plasma era stata dimostrata precedentemente da Rossius nel campo sperimentale e da Kunz nel campo clinico. Il vantaggio del plasma in confronto col sangue intero consiste nel più lungo periodo di conservabilità. F. e K. l'hanno adoperato con successo fino a 330 giorni dopo la estrazione e precisamente:

fino a 10 giorni in 24 casi;
da 10 a 20 giorni in 27 casi;
da 20 a 30 giorni in 12 casi;
da 30 a 60 giorni in 3 casi;
fino a 80 giorni in 1 caso;
fino a 330 giorni in 2 casi.

Il sangue, preso da donatori universali, venne raccolto in bottiglie riempite a metà con liquido di conservazione (citrato di sodio 5, cloruro di sodio 9, acqua distillata 1000) e tenuto per 3-4 giorni in ghiacciaia per la separazione della parte corpuscolare; dopo di che il plasma decantato venne distribuito in bottiglie di 50-250 cc. Il tutto sterilmente, e successivamente sottoposto a controllo batteriologico. La quantità adoperata per ogni trasfusione fu di 150-250 cc. e in certi casi di 50-100 cc. I casi trattati riguardavano emorragie uterine, gastrorragie, emorragie svariate in colemici e settici ed anche casi di shock, ustioni ecc. In quasi tutti i casi, lo scopo emostatico fu ottenuto con una sola trasfusione; raramente furono necessarie altre trasfusioni nei giorni successivi; più rari ancora furono i casi di completo insuccesso. In 20 casi fu studiato il tempo di emorragia e di coagulazione e si vide che era notevolmente migliorato dopo la trasfusione di plasma.

Solo in 5 casi su 69 vi fu una reazione discreta (temper. 38,5 per 8-12 ore) dopo la trasfusione.

G. PACETTO.

Il pneumotorace controlaterale.

Che il pnx agisca anche sul polmone opposto è stato sempre un fatto considerato come bene evidente, ma è stato anche un fatto di cui per il passato si è avuto più che altro paura.

Le lesioni controlaterali hanno costituito per molti anni lo scoglio per l'applicazione del metodo del nostro grande Forlanini. È merito grande della Scuola Italiana (Maurizio Ascoli, Parodi ecc.) di avere preconizzato l'istituzione di un pnx controlaterale, in alcune forme di tbc. Tuttavia in Italia spesso non si è applicato il metodo ed in Francia non si può ancora parlare di un pnx proposto in vista di ottenere la sola azione controlaterale.

Ora Tobé, Degeorges, Salmon e Joly (*Press. Méd.*, 12 giugno 1935, n. 47) affermano giunto il momento di applicare direttamente il metodo per il quale gli studi recenti di Parodi e di Troemé permettono anche di intravvedere una spiegazione soddisfacente.

Gli AA. han notato quanto segue: 1) in alcuni casi in cui si erano proposti la istituzione di un pnx bilaterale, il collasso di un solo polmone apporta un miglioramento controlaterale sufficiente a fare rinunciare al secondo pnx; 2) in alcuni casi in cui essi furono costretti a mantenere in una detensione estrema un pnx insaziabile, essi hanno visto migliorare in modo inatteso le lesioni controlaterali; 3) in un caso di pnx spontaneo sopraggiunto nel corso di una lesione bilaterale grave che pareva al di sopra delle risorse della collassoterapia, essi han visto migliorare in modo insperato le lesioni controlaterali.

Allora essi si sono dati all'applicazione del metodo: 1) in presenza di lesioni bilaterali le pleure essendo supposte libere. In questo caso si collabirà prima il polmone le cui lesioni sembrano più gravi e più evolutive; 2) in presenza di lesioni bilaterali, quando una sinfisi estesa renda inapplicabile il pnx dal lato più bisognoso; 3) in presenza di lesioni praticamente unilaterali, una sinfisi rendendo il pnx omolaterale impossibile.

Gli AA. concludono che in questi casi il metodo debba essere tentato potendo dare degli interessanti risultati, purchè condotto in ambiente adatto. L. TONELLI.

Trattamento del collasso da rachianestesia.

Jonescu-Miltiade e Burghele (*Zbl. f. chir.*, n. 9, 1935) propongono l'iniezione intracardiaca di cardiazol-efedrina nei casi di collasso da rachianestesia che essi hanno adottato con successo in un caso di ernia inguinale strozzata in cui era stata praticata la rachianestesia con 0,08 gr. di novocaina. In questo caso il collasso avvenne dopo 4 minuti dalla puntura lombare, con completa scomparsa del polso e del respiro. La respirazione artificiale era rimasta infruttuosa. Dopo circa 4 minuti fu praticata i. intracardiaca di 2 cc. di cardiazol-efedrina con completo successo tanto che potè essere portata a termine l'operazione durata circa 1 ora (resezione dell'ansa strozzata; entero anastomosi; ricostruzione sec. Bassini). Il decorso post-operatorio fu normale.

Dal lato farmaco-dinamico l'associazione cardiazol-efedrina è molto indovinata perchè in una prima fase eccita bruscamente la contrazione del miocardio e il centro respiratorio e successivamente agisce sul sistema neurovegetativo. G. PACETTO.

A proposito della chirurgia del nervo simpatico viscerale.

Schoemaker (*Journ. Belge d. Gastr. Entérologie*, t. III, f. 2, p. 170, febbraio 1935) si è domandato se il simpatico ed il parasimpatico non abbiano un'influenza sulle sindromi dolorose e sulla stipsi. All'uopo si è proposto di bloccare il decorso dello stimolo doloroso e di sopprimere l'azione inibitrice del simpatico nei movimenti del colon. L'innervazione simpatica del colon ascendente dipende dal plesso mesenterico superiore. All'uopo si pratica un'incisione laparatomica longitudinale transrettale d. all'altezza dell'ombellico. Allontanando verso sinistra il tenue si cade nel peritoneo dorsale, che si incide. A ridosso della arteria decorrono i filetti nervosi simpatici, che si resecano, denudando arteria e vena. Questo intervento è stato praticato in 11 casi. In 5 casi è seguito insuccesso postoperatorio, essendo restati invariati i dolori e la costipazione. In 6 casi guarigione. I migliori successi furono ottenuti in soggetti calmi. In un sol caso ha praticato la simpatectomia sulla mesenterica inferiore, con perfetto successo. In alcuni dei casi, con insuccesso della simpatectomia della mesenterica superiore ed in altri, ha voluto provare la sezione del nervo grande splancnico (secondo la tecnica del Durante), ma ha ottenuto un peggioramento dei sintomi, perciò egli crede che quest'ultima operazione è cattiva e non si debba fare.

JURA.

N. B. - Pieri (*Chirurgia del sistema nervoso vegetativo*. Ann. ital. chir., v. 39. fasc. 5, 1935) espone i risultati lontani da lui ottenuti in pazienti affetti da cieco dolente, stipsi nelle sue varie forme (atonica, spastica, dischesia), colite con interventi sul simpatico addominale. JURA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Base biochimica della funzione tiroidea.

C. R. Harington (*The Lancet*. 25 maggio 1935) ha tenuto una conferenza su questo argomento al Reale Collegio dei medici di London nel marzo scorso.

Le prime teorie sulla funzione tiroidea presentano un certo interesse.

Il Wharton riteneva la sostanza colloide tiroidea un lubrificante della trachea a cui credeva andasse attraverso dotti speciali. Egli inoltre pensava che il maggior volume della tiroide nelle donne fosse un fatto puramente cosmetico.

Successivamente gli studiosi furono colpiti dal fatto che la tiroide è abbondantemente vascolarizzata e pensarono che rappresentasse un deposito di sangue per il cervello.

Le moderne nozioni sicure sulla tiroide non furono date dai fisiologi, ma dai medici.

Il gozzo come malattia endemica era conosciuto anche da Plinio. Nei casi di gozzo voluminoso e che dava fastidio solo per le sue dimensioni si faceva, nel secolo scorso, la tiroidectomia totale. Kocher nel 1883 scrisse dei disturbi che compaiono dopo un certo tempo dall'intervento e diede la prova sicura dell'importanza della tiroide nell'organismo.

I fratelli Reverdin nel 1883 riconobbero la identità dei disturbi dei tiroidectomizzati con quelli del mixedema già descritti quasi dieci anni prima.

Vennero poi lavori di fisiologi e medici a confermare questi fatti.

Lo studio dei rapporti fra iodio e tiroide indusse Kocher a far cercare l'iodio nella tiroide stessa e la ricerca fu, nel 1895, positiva per opera del Baumann, il quale potè dimostrare anche un rapporto fra iodio e attività ghiandolare. Il Baumann trovò pure che l'iodio era contenuto quasi unicamente nella sostanza colloide.

Nel 1914 il Kendall isolò la tiroxina, che contiene il 65 % di iodio ed ha tutte le proprietà fisiologiche della tiroide.

La tiroxina è un derivato tetraiodico della tironina. L'iodio nell'organismo animale dà luogo alla formazione di diodotiroxina.

Harington e Burger nel 1927 ottennero la tiroxina sintetica, clinicamente e fisiologicamente indistinguibile dalla tiroxina isolata della tiroide umana.

Un problema importante, ma che l'A. non vuol discutere ancora in questo primo articolo, è quello di sapere se la tiroxina comprende tutta la secrezione attiva della ghiandola.

Per quanto riguarda l'importanza dell'iodio nell'etiologia del gozzo semplice, ricerche relativamente recenti hanno dimostrato che maggiore è l'iperplasia ghiandolare, minore è la quantità di iodio contenuta nella ghiandola. Marin riuscì ad aumentare sperimentalmente il volume della tiroide diminuendo l'ingestione di iodio, e inoltre vide che la somministrazione di iodio dopo tiroidectomia parziale evita l'iperplasia del tessuto tiroideo rimasto.

Secondo l'Harington nell'etiologia del gozzo dobbiamo ammettere una deficienza dell'apporto di iodio. Il gozzo rappresenta una ipertrofia dovuta allo sforzo della tiroide per sopperire alla deficienza iodica.

Però la deficienza di iodio non basta sempre da sola a spiegare l'insorgenza del gozzo, nel senso che c'è gozzo endemico anche in zone che si sa ricche di iodo. Si può pensare che al formarsi del gozzo contribuiscano anche altri fattori: così la richiesta di maggiore attività alla tiroide in periodi di scarsa somministrazione di iodio può rendere relativamente insufficiente l'iodio che in altre condizioni sarebbe bastato.

Un esempio di questo si può trovare nelle diete gozzigene ricche di grassi, come pure nelle modificazioni del volume tiroideo della donna in rapporto al ciclo sessuale.

L'Harington ritiene che il gozzo endemico si debba a deficienza di iodio nell'ambiente, quello sporadico a deficienza nell'assorbimento dell'iodio.

Gli esquimesi adoperano diete ricche di grassi e quindi gozzigene, ma il gozzo è per loro sconosciuto, perchè adoperano molto olio di fegato di merluzzo che è ricco di iodio.

L'esperimento fatto su vasta scala dell'uso profilattico dell'iodio nelle zone in cui il gozzo è endemico ha dato la migliore conferma all'ipotesi che il gozzo dipenda da deficienza di iodio.

R. Lusena.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. n. 5812:

Il *priapismo notturno* quando non sia di origine nettamente nervosa, può essere in rapporto con uno stato irritativo cronico del collo vescicale e dell'uretra posteriore.

In tali casi esiste il dato anamnestico di una pregressa blenorragia, quello obbiettivo della presenza di filamenti nell'orina e al sedimento di globuli di pus.

Spesso il sondaggio dell'uretra mette in evidenza l'esistenza di restringimenti dell'uretra membranosa.

La cura consisterà nella dilatazione graduale con sonde uretrali metalliche Beniqué, nelle istillazioni di nitrato d'argento al 0,2 %.

L'uretroscopia e la cistoscopia hanno valore diagnostico e curativo nello stesso tempo.

Qualora non risultino le condizioni accennate occorrerà pensare a una origine nervosa e consigliare bagni caldi, letto duro, dieta leggera, ecc.

P. V.

VARIA

Metodo perfezionato di respirazione artificiale.

Il prof. Jellinek di Vienna, ben noto per i suoi studi sugli elettrotraumi e sui mezzi idonei a richiamare in vita i soggetti elettrocolpiti, ha specialmente valorizzato, a tale ultimo scopo, la respirazione artificiale protratta: si può affermare che i suoi studi hanno portato, per tal modo, a salvare centinaia di vite umane.

Ora lo Jellinek ha descritto un nuovo metodo di respirazione artificiale. Il paziente viene adagiato supino, con un rotolo sotto il dorso tra le scapole; una mano del paziente viene legata al mento e se ne introducono l'indice e il medio entro la bocca, in modo che la lingua sia tenuta contro il pavimento boccale e non scivoli indietro, ostruendo le vie aeree. Poi si spingono le spalle indietro per due secondi; si lasciano libere per 1-2 secondi e si ripete l'operazione, e così via, ritmicamente, sino a che appaia un primo tentativo di deglutizione, che indica il ritorno della respirazione spontanea.

A. B.

Da « Igea » (« Ann. d'Ig. »).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Lo statuto della Federazione delle Casse malattia dell'industria.

Con decreto ministeriale pubblicato dalla « Gazzetta Ufficiale » dell'8 agosto, viene approvato lo statuto della Federazione nazionale fascista delle Casse Mutue malattia dell'industria. Gli scopi della Federazione, che ha sede in Roma, sono così precisati:

a) stabilire, là dove sia tecnicamente possibile, il numero, la modalità di costituzione e la circoscrizione territoriale delle Casse Mutue, nonchè il numero minimo dei lavoratori occorrenti per la costituzione di esse;

b) stabilire i provvedimenti che valgano ad assicurare l'equilibrio fra le prestazioni e le possibilità finanziarie delle Casse;

c) prescrivere i criteri per la gestione tecnica e amministrativa delle Casse e controllarne l'osservanza;

d) attuare il coordinamento dei servizi delle Casse Mutue anche a mezzo di organi di collegamento e di gestione;

e) promuovere la costituzione e provvedere alla gestione di istituti sanitari consorziali;

f) decidere sui ricorsi presentati dagli iscritti in ordine alle vertenze amministrative e disciplinari che insorgono fra essi e le Casse Mutue in dipendenza del rapporto d'iscrizione;

g) controllare i bilanci preventivi e consuntivi delle Casse;

h) fare opera di propaganda a favore dei principii della mutualità e studiarne i problemi relativi;

i) adempiere a tutte le altre funzioni che le siano demandate dalla legge e dal Ministero delle Corporazioni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Bologna, Cremona, Grosseto, Milano 30 agosto; Alessandria Aquila, Brescia, Caltanissetta, Catanzaro, Cuneo, Ferrara, Frosinone, La Spezia, Littoria, Massa, Macerata, Modena, Napoli, Nuoro, Palermo, Pescara, Piacenza, Pisa, Pistoia, Pola, Potenza, Ravenna, Rieti, Roma, Salerno, Siracusa, Sondrio, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Treviso, Venezia, Vercelli, Verona 31 agosto; Siracusa 10 settembre; Chieti, Foggia, Sassari 15 settembre; Pesaro 30 settembre; Aosta 1 ottobre; Bolzano 10 ottobre.

Per Udine prorogato al 10 settembre (ore 18).

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Scad. 31 ottobre; aiuto nel reparto medico. Rivolgersi alla Direzione.

AQUILA. — Presso la R. Prefettura è aperto il concorso, per titoli ed esami, ai seguenti posti di medico condotto, con scadenza, per tutti, il 31 agosto 1935. Documenti prescritti; età anni 35, salvo eccezioni di legge. ATELETA (unica). Stipendio annuo L. 9500 e L. 3000 per mezzi di trasporto. — AVEZZANO (prima condotta). Stip. L. 8500; nonchè la frazione CESE. Stip. L. 8500. — CAPESTRANO (unica). Stip. L. 8500. — CARSOLI (prima condotta). Stip. L. 8500 e L. 3000 per mezzi trasp. — CASTEL DI SANGRO (seconda condotta). Stip. lire 8500. — CELANO (prima condotta). Stip. L. 8500. — GAGLIANO ATERNO (unica). Stip. L. 9500. — MORINO (frazione *Rendinara*). Stip. L. 9500. — OCRE (unica). Stip. L. 9500, più L. 3000 per mezzi trasporto. — PREZZA (unica). Stip. L. 9500, più L. 3000 per mezzi trasporto. — SANTE MARIE (seconda condotta). Stip. L. 9500, più L. 3000 per mezzi trasporto. — SCURCOLA MARSICANA (unica) Stip. lire 9500, più L. 3000 per mezzi trasporto. — VILLAVALLELONGA (unica). Stip. L. 9500.

AREZZO. *Ospedale S. Maria sopra i Ponti*. — A tutto il 24 agosto p. v. è aperto il concorso per titoli ad un posto di assistente medico chirurgo coll'annuo stipendio lordo di L. 8000. La nomina è per un biennio riconfermabile per un altro biennio. Richiedere avviso di concorso alla Segreteria.

AVELLINO. — Posto di Direttore del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio lire 16.700, più servizio attivo L. 3700. Scadenza 29 agosto 1935.

BAZZANO. — (Vedere BOLOGNA).

BOLOGNA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Posto di Medico Dirigente delle Sezioni Dispensariali di Bazzano, Budrio, Imola, Minerbio, S. Giovanni in Persiceto, Lojano e Vergato (Bologna). Concorso con scadenza alle ore 18 del giorno 25 ottobre 1935-XIII. Stipendio per le sezioni di prima categoria (Bazzano, Budrio, Imola, Minerbio e San Giovanni in Persiceto) L. 5000 lorde; per le sezioni di seconda categoria (Lojano e Vergato) L. 3000 lorde, con tre aumenti quinquennali del decimo, soggetti alle trattenute e riduzioni di legge. Età massima anni 40, s. e. l. Documenti di rito. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare (con sede presso l'Amministrazione Provinciale), Bologna.

BORGOSESIA (*Vercelli*). — Posto di primario di medicina e Direttore Sanitario del locale Ospedale. Le domande di partecipazione al concorso, in carta da bollo da L. 4 e corredate dai necessari documenti, dovranno pervenire alla Segreteria del Pio Istituto entro il 31 agosto 1935. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

BRINDISI. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 25 sett.; medico direttore del. Brefotrofio Provinc. « Principessa Maria di Piemonte »; L. 13.700 e 3 quadrienni di L. 900, serv. att. L. 3500; è consentito il libero esercizio profess.; età limite 35 anni al 5 agosto; specializzaz. in pediatria; tassa lire 50,10. Rivolgersi al Preside.

BUDRIO. — (Vedere BOLOGNA).

CAMPOLONGO MAGGIORE (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000. Indennità per mezzi di trasporto da L. 1000 a L. 4000, secondo che questo sia la bicicletta, la motocicletta o l'automobile. Caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

FAVARA (*Agrigento*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8000, oltre quattro aumenti quadriennali del decimo. Limiti di età anni 32 s. ec. di legge. Scadenza 31 agosto 1935.

FOSSÒ (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8500. Indennità mezzi trasporto da L. 1000 a L. 4000 (secondo se con bicicletta, con motocicletta o con automobile) e caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

GENOVA. *Comune*. — Scad. 30 sett.; due medici igienisti di 2ª classe; L. 14.000 e 10 bienni di L. 450, c.-v.; età limite 35 anni; tassa L. 50; iscrizione nell'albo professionale. Domanda e documenti alla R. Prefettura. Chiedere avviso all'ufficio personale del Municipio.

IMOLA. — (Vedere BOLOGNA).

LITTORIA. — Posti di medico condotto per le condotte di: LITTORIA; BORGO GRAPPA; BORGO SABOTINO; BORGO MONTELLO. Per ciascuna condotta stipendio L. 9500, oltre 10 aumenti biennali del decimo, più L. 1800 servizio attivo; per mezzi di trasporto L. 5000 se automobile. Scadenza 31 agosto 1935.

LOJANO. — (Vedere BOLOGNA).

MELITO PORTO SALVO (*Reggio Calabria*). — Dall'Ospedale Provinciale « Garibaldi » cercasi assistente con addestramento operatorio per il servizio di urgenza. Inviare domanda e titoli.

MEOLO (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8500. Indennità per mezzi di trasporto da L. 1000 a L. 4000 (secondo se con bicicletta, con motocicletta o con automobile). Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

MINERBIO. — (Vedere BOLOGNA).

MILANO. *Pio Istituto Bassini per gli erniosi poveri di Milano e delle Province Lombarde*. — Scad. 31 agosto; chirurgo primario, L. 15.600, età limite 40 a.; aiuto chirurgo, L. 10.500, età limite 35 a.; medico assistente, L. 7500, età lim. 30 a. Rivolgersi alla sede, via Ricordi 1.

MONTEBELLUNA (*Treviso*). *Ospedale Civile « Carretta »*. — Scad. 14 sett.; chirurgo aiuto e chirurgo assistente; stipendi rispett. L. 7340 e L. 7000, non aumentabili; partecipaz.; alloggio. Età limite 30 anni. Tassa L. 25,10. Rivolgersi alla Segreteria.

MONTEVAGO (*Agrigento*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 10.000, oltre 4 aumenti quadriennali del decimo. Limiti di età anni 32 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

NUORO. *R. Prefettura*. — Scad. 31 agosto; assistente nel reparto medico-micrografico e assistente nel reparto chimico del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi; titoli ed esami; stip. L. 12.000; indenn. serv. att. L. 2000. Chiedere annunzio.

ORISTANO (*Cagliari*). *Congregaz. di Carità*. — A tutto il 10 sett., medico primario presso l'Ospedale Civile; L. 12.000 e 2 sessenni 10 %. Rivolgersi alla Presidenza.

ORVIETO. *Congregaz. di Carità*. — Scad. 30 sett.; assistente presso l'Ospedale Civile; L. 7000, oltre serv. att. L. 600, c.-v., indennità ospedaliera lire 2500, partecipaz. 5 e 10 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Segreteria.

PESARO. *Congregazione di Carità*. — Al 31 agosto; medico vice-direttore dell'Ospedale S. Salvatore; L. 9000 e 6 trienni ventesimo oltre L. 1200 serv. att., c.-v., L. 500 per le funzioni di vicedirettore, percentuali; età 30-45 anni s. e. l.; quinquennio in reparti medici ospedalieri o cliniche con numero di letti non inferiore a 100 con qualifica non inferiore ad assistente; rivolgersi alla Segreteria.

PORTOGRUARO (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8000. Indennità per mezzi di trasporto da L. 1000 a L. 4000 (secondo se con bicicletta, con motocicletta o con automobile) e caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

PIACENZA. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Concorso per titoli ed esami a medico direttore del Consorzio; L. 27.000 e 5 quadrienni dec.; indennità trasferte e rimborsi; divieto libera professione; scad. ore 18,30 del 15 ottobre; rivolgersi alla Segreteria (via Garibaldi 50); età limiti 30-40 anni all'8 agosto. Quinquennio di esercizio; voti agli esami speciali. Chiedere bando.

RAVENNA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*. — Scad. 30 sett.; direttore della Sezione dispensariale di Lugo; L. 9000; indennità di trasferte; età limite 35 a. al 25 lug.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Presidenza.

ROMA. *Opera Naz. Maternità ed Infanzia*. — L'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia ha bandito, tra altri, i seguenti concorsi d'impiego presso i proprii Uffici centrali:

1) Per titoli: un posto di capo della Divisione assistenza igienico-sanitaria in prova (gruppo A, grado VI).

2) Per titoli e per esami: un posto di segretario sanitario in prova (gruppo A, grado XI).

Il termine per la presentazione delle domande scade il 30 agosto.

Per informazioni e il ritiro dei bandi rivolgersi alla Direzione Generale dell'Opera, in Roma, piazza Adriana 20.

SAN GIOVANNI IN PERSICETO. — (Vedere BOLOGNA).

S. MARGHERITA BELICE (*Agrigento*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 9000, oltre 4 aumenti quadriennali del decimo. Limiti di età 32 anni s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

SAN PIETRO IN VOLTA (*Venezia*). — Posto di medico condotto. Stipendio annuo L. 8500. Indennità per mezzi di trasporto da L. 1000 a L. 4000 (secondo se con bicicletta, con motocicletta o con automobile) e caro viveri come per legge. Limiti di età anni 35 s. e. di l. Scadenza 31 agosto 1935.

TORINO. *Ospedale Mauriziano Umberto I*. — Scad. 31 agosto; concorso fra studenti di medicina e chirurgia della R. Università per la nomina di assistenti effettivi e volontari; alloggio, assegno annuo di L. 800. Rivolgersi alla direzione.

VERGATO. — (Vedere BOLOGNA).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

S. E. il prof. dott. Pietro Rondoni, Accademico d'Italia, è stato nominato direttore generale dell'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro, in Milano, in sostituzione del compianto prof. dott. Gaetano Fichera.

Il prof. R. Jemma, di Napoli, è nominato cavaliere della Legion d'Onore.

I proff. S. Visco e C. Ciaino sono nominati, dal ministro dell'E. N., soci corrispondenti della Reale Accademia Nazionale dei Lincei.

I colonnelli medici Casali e Miraglia sono promossi maggiori generali medici.

S. E. de Jongh, assistente capo di farmacologia ad Amsterdam, è nominato titolare della cattedra della stessa disciplina a Leida, quale successore del defunto Storm van Leeuwen.

NOTIZIE DIVERSE

8° Congresso internazionale di medicina e farmacia militare.

Si è svolto a Bruxelles dal 27 giugno al 3 luglio, sotto l'alto patronato delle LL. MM., la Regina Elisabetta, il Re e la Regina del Belgio, con l'intervento di 116 delegati di 33 nazioni e di numerosi altri congressisti.

L'Italia era rappresentata dal proprio membro del Comitato Permanente e dal tenente colonnello medico Giuseppe Bassi, relatore del primo tema.

Al mattino del 27 giugno ha avuto luogo la solenne cerimonia inaugurale, sotto la presidenza del Ministro della difesa nazionale, al « Palais des Académies ». Nelle ore pomeridiane dello stesso giorno e nei giorni successivi, i lavori del Congresso si sono svolti nel padiglione dell'Arte antica, all'Esposizione mondiale, che, come è noto, s'è affermata fra le più grandiose che mai si ricordino.

Sulla tomba del Soldato Ignoto dell'esercito belga è stata deposta una ghiarlanda di fiori, dal corteo delle delegazioni che ha osservato un minuto di silenzio in posizione di saluto.

I Sovrani hanno accolto alla Reggia l'omaggio dei capi delle delegazioni e del Comitato Permanente e sono intervenuti ad una imponente seduta in comune con i clinici partecipanti alla 14ª sessione delle « Giornate Mediche di Bruxelles », il pomeriggio del 29 giugno al Salone dalle feste dell'Esposizione.

Ai congressisti sono state riservate le più distinte accoglienze con ricevimenti del Ministro della difesa nazionale e del Collegio dei Borgomastri, una serata di gala al Teatro Reale, un meraviglioso concerto sinfonico del nostro grande Victor de Sabata ed altri festeggiamenti.

Nella sala « Claude Bernard », all'Esposizione, si sono tenute conferenze su argomenti varii di sanità militare e si sono fatte visite all'ospedale militare, all'Istituto militare di educazione fisica e alla caserma del 6° reggimento artiglieria.

I partecipanti al Congresso e alle « Giornate mediche » la sera del 29 giugno si sono riuniti all'Hôtel Métropole ad un banchetto di 600 coperti, al quale erano convitate alte autorità governative e cittadine. Si sono pronunciati brevi calorosi discorsi per ringraziare della squisita ospitalità belga e per inneggiare alla superiore solidarietà umana e scientifica che ispirava i due simultanei convegni.

Al termine dei lavori, nella seduta ultima di chiusura, sono stati approvati i voti conclusivi sui diversi temi posti all'ordine del giorno del Congresso.

3° Congresso internazionale di aviazione sanitaria.

Sotto l'alto patronato di S. M. la Regina Elisabetta, delle LL. MM. i Sovrani del Belgio e del Presidente della Repubblica Francese, il III Congresso internazionale di Aviazione sanitaria si è riunito a Bruxelles dal 10 al 15 giugno, con la partecipazione di delegati ufficiali di 21 nazioni e di diverse associazioni.

L'Italia era rappresentata dal colonnello medico Arturo Monaco, capo dell'Ufficio centrale di Sanità del Ministero dell'Aeronautica e relatore del 3° tema.

Nel pomeriggio del 10 giugno, in un salone del « Palais des Académies », è stata tenuta la seduta inaugurale, presieduta dal tenente generale medico M. Durré.

Nelle sedute ordinarie dei giorni successivi, dall'11 al 15, sono stati discussi i temi ufficiali.

I lavori del Congresso si sono svolti in un'atmosfera di cordiale cameratismo, intercalati da feste, escursioni, ricevimenti, manifestazioni della signorile ospitalità belga.

I congressisti, in commosso raccoglimento, deposero una corona di fiori ai piedi del monumento commemorativo di « Marche les Dames » ove perì tragicamente il Re Alberto I.

Notevole una visita all'Aerodromo di Evère ove una squadriglia dell'Aeronautica militare fece evoluzioni ed esercizi di acrobazia, mentre sul campo erano in mostra alcuni apparecchi trasformabili in areoplani sanitari.

4° Congresso nazionale di nipiologia.

Ricordiamo ai nostri lettori che dal 4 al 7 settembre p. v. verrà tenuto a Trieste sotto l'Alto Patronato di S. A. R. la Duchessa d'Aosta il 4° Congresso Nazionale di Nipiologia. Pronunzierà il discorso inaugurale il gr. uff. avv. Sileno Fabbri, presidente dell'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia e saranno tenuti due rapporti: uno dal sen. prof. Francesco Valagussa, quale delegato della Croce Rossa Italiana e l'altro dal sen. conte Tosti di Valminuta, consigliere delegato dell'Opera Nazionale di Assistenza all'Italia Redenta.

Le relazioni su 12 importanti temi riguardanti il lattante sono affidate ai notissimi scienziati proff. E. Buonaventura, A. Cazzaniga, R. Corso, L. Dominici, P. Gaifami, G. Lo Cascio, G. Macciotta, I. Nasso, P. Radaelli, D. Rende, S. Sergi, R. Vaglio.

È stata concessa la riduzione ferroviaria del 50 %. Per più precise informazioni gli interessati potranno rivolgersi al dott. Bruno Ulcigrai, Ospedale Regina Elena, Trieste.

Convegno medico a Siena.

In occasione della Mostra dei vini tipici si è tenuto il 6 agosto a Siena un convegno medico al quale hanno partecipato fisiologi, farmacologi

e patologi di varie università e il direttore della sanità pubblica prof. Petragnani.

Alla cerimonia inaugurale, iniziatasi col saluto al Duce, sono intervenute tutte le autorità. Hanno pronunziato discorsi il Prefetto, il Vice Podestà di Siena e il Direttore della Sanità pubblica. È stato acclamato presidente il prof. Baglioni dell'Università di Roma.

Alla discussione del primo tema concernente la cirrosi epatica è seguito un dibattito sul tema « il vino nella dieta dei fanciulli » sul quale ha riferito il pediatra prof. Salvioli; ma ogni precisazione è stata rimandata al prossimo convegno. Sul tema « Il contenuto vitaminico dei vini tipici » hanno riferito i professori Ciampi di Napoli, Baglioni e Suriani di Roma; in proposito il convegno a deciso che vengano approfonditi gli studi e che il tema sia oggetto di una relazione al prossimo congresso. Il tema « Il vino nelle varie malattie e nella convalescenza e dieta sanatoriale » ha provocato una viva discussione mettendo in evidenza nuovi aspetti e le possibilità dell'uso del vino in questo campo. È stato votato un ordine del giorno con il quale si chiede una maggiore tutela dei vini genuini di fronte a quelli sofisticati.

Il Congresso si è chiuso con vibranti manifestazioni al Duce e al Regime.

Convegno regionale antitubercolare.

Il 17 luglio si è tenuto a Mantova l'8º convegno della Sezione lombarda della Federaz. naz. it. fascista antitubercolare, presieduto dal prof. L. Zoia, con l'intervento di oltre cento medici della regione. Il prof. Orsi (Milano) ha riferito sulle forme morbose simulanti la tbc. polmonare; il prof. Ronzoni (Milano) sull'emigrazione e la tbc. nelle province lombarde. Si è approvato un o. d. g. presentato dal Ronzoni, col quale i convenuti ritengono d'insistere presso il Governo perchè, da parte dei delegati italiani alla XIX sessione della Conferenza internazionale del lavoro, sia sostenuto il seguente principio: « che gli operai emigrati tubercolotici conservino i diritti acquisiti nel Paese di lavoro anche quando ritornano in Italia, togliendo così la ingiusta imposizione fatta agli assicurati nostri di non ritornare in Italia se vogliono conservare il diritto alla prestazione maturata nel Paese di immigrazione ».

Terme di Vetriolo.

Si è inaugurato a Roncegno (Trentino) il primo anno di attività in regime demaniale delle terme di Vetriolo, che durante la guerra erano andate quasi completamente distrutte e poi erano cadute in abbandono quasi totale. Si è iniziata la costruzione di un nuovo grande stabilimento, per il quale si è stanziato l'importo di un milione e duecentomila lire. Lo stabilimento avrà cinquanta cabine di prima classe e dodici di lusso; verrà poi completato con reparti di fisioterapia provvisti d'impianti modernissimi e con gabinetti di analisi. Si prevede che lo stabilimento potrà essere compiuto e inaugurato all'inizio della stagione 1936. Il nuovo ordinamento assicurerà alla perla della Valsugana un avvenire degno del passato e della fiducia che ispirano quelle benefiche acque.

Nell'occasione si è svolta a Roncegno una riunione di pediatri delle Tre Venezie. iniziata con una conferenza del prof. Frontali sulle acque arsenicali e ferruginose nella cura del linfatismo.

Azioni giudiziarie.

Un medico esercente in una cittadina della Francia meridionale era stato citato per un forte indennizzo, da un commerciante il quale gli aveva affidato la moglie 22enne per un trattamento idroterapico; durante la cura, la giovane aveva accettato di compiere una gita di piacere, offertagli da due signori, a una città balneare; con tutt'e due ella ebbe, in quella occasione, dei rapporti sessuali, riportandone una grave malattia venerea: il marito intendeva renderne responsabile il medico Il Tribunale ha sentenziato che il medico non aveva « nè il diritto nè il dovere di sorvegliare una maggiorenne, dotata di tutte le sue facoltà », e ha respinto la richiesta d'indennizzo; ma il marito si è rivolto alla Corte d'Appello. La causa è patrocinata dalla « Lega medica di difesa intellettuale », così detta « Soldo medico ».

La stessa Lega ha efficacemente difeso un collega sessantenne dalla mortificante accusa di esibizionismo degli organi sessuali, mossagli da una vecchia zitella, che abita di rimpetto alla casa del medico, accusa sostenuta dalla testimonianza di un'altra zitella. Mediante un sopraluogo avvalorato da fotografie, i giudici hanno potuto accertarsi che non era possibile la vista nelle condizioni addotte dall'accusatrice ed ha condannato questa per calunnia a 15 giorni di prigione, con la condizionale, a 100 franchi d'ammenda, senza condizionale, ed a 2000 franchi di danni e interessi.

I professori « agrégés » alle Facoltà mediche francesi durano in carica nove anni, salvo quando non esercitano la professione libera — cioè non hanno clientela — nel qual caso, dopo un periodo biennale, sono nominati senza limitazioni di tempo: è la cosidetta « perennizzazione ». Il prof. Hazard, della Facoltà medica di Parigi, soddisfaceva tutte le condizioni richieste per essere « perennizzato »; ma il ministro dell'educazione nazionale, senza chiedere il parere del Comitato consultivo, rifiutò di provvedere; onde un ricorso al Consiglio di Stato, il quale ha giudicato che il ministro aveva ecceduto nei suoi poteri e ne ha annullato la deliberazione, « presa in seguito a procedura incompleta e irregolare ».

Un po' dovunque.

Il ministro dell'Etiopia a Parigi ha comunicato ufficialmente al Consiglio Federale Svizzero l'adesione dell'Etiopia alla Convenzione internazionale per la Croce Rossa.

In Inghilterra la R. Ambasciata italiana ha ricevuto numerose offerte di arruolamenti volontari da parte di medici e d'infermiere, nonchè d'ingegneri e di ex-combattenti, nell'eventualità di una guerra italo-abissina.

Pure in Inghilterra viene organizzato un corpo sanitario di volontari, ad iniziativa di John Melly, amico personale del Negus; in caso di guerra, esso partirebbe per Addis Abeba e presterebbe la sua opera a favore dell'Abissinia.

Sono partiti da Milano 105 militi della Sanità Militare al comando di due capitani medici richiamati. Il reparto comprende pure altri sei medici, due farmacisti e due cappellani militari.

Un Congresso internazionale sull'insufficienza epatica è indetto a Vichy pel 1937, sotto la presi-

denza del prof. Loeper, membro dell'Accademia di Medicina di Parigi. Sono previste due sezioni: 1) Medicina e biologia; 2) Terapia medica, chirurgica e idrologica. Questa manifestazione farà seguito al Congresso internazionale sulla litiasi biliare, tenutosi nel 1932 sotto la presidenza del prof. Carnot.

Nella R. Università di Padova si è svolta la 4ª settimana medica padovana, alla quale hanno partecipato 22 medici. La prolusione venne tenuta dal prof. Pellegrini sul tema: « La morte dei popoli come espressione dei diritti contro l'istinto ».

Il 35° Congresso dell'Associazione francese d'urologia si terrà dal 7 al 12 ottobre, nei locali della Facoltà medica di Parigi; tema: L'influenza della gravidanza sull'apparecchio escretore del rene; relatore: dott. de Beaufond. Rivolgersi al segretario generale, dott. Louis Michon, boulevard des Invalides 34, Paris.

La Società di Patologia regionale del Nord argentino, col concorso della Società medica di Mendoza, terrà la sua 9ª riunione in questa città dal 1° al 3 ottobre. La riunione costituirà un omaggio alla memoria del compianto scienziato brasiliano Carlos Chagas e sarà dedicata al morbo di Chagas o tripanosomiasi americana. Rivolgersi al presidente prof. Salvador Mazza, ovvero al segretario M. Flavio L. Nino, Missione di studi di patologia regionale dal Nord argentino, Casilla de Correos 1917, Jujuy, Argentina.

Le giornate farmaceutiche di Parigi si terranno dal 7 all'11 novembre, nella « Maison de la Chimie ». Rivolgersi al presidente del Comitato d'organizzazione, sig. Ravaud, place de Breteuil 6, Paris 15e.

Sotto la presidenza della marchesa di Aberdeen e Temair, si è fondato in Irlanda un Comitato nazionale contro il reumatismo; segretaria onoraria è Mrs Dancey, Ely Place 9, Dublin, Irlanda.

Dal 5 novembre al 15 dicembre sarà tenuto presso la Scuola Medica Ospedaliera di Napoli (Ospedale Incurabili) il solito corso di perfezionamento in medicina, chirurgia e specialità.

Inoltre dal 1° ottobre al 31 dicembre il prof. Calvanico Raffaele, direttore della Maternità, terrà un corso di Ostetricia e Ginecologia per i laureati e medici condotti.

Per le iscrizioni e per chiarimenti rivolgersi all'ispettore sig. Renzi Giuseppe, porta Maggiore degli Incurabili.

Presidente della scuola è il prof. G. Tedeschi; segretario il prof. G. Bazzicalupo.

Alla Facoltà medica di Lisbona sono state tenute delle conferenze dai proff. Afranio, Peixoto e Barboza Vianna, della Facoltà medica di Rio de Janeiro e dai dottori Alfred Krause e Gustav Maurer di Davos.

Con l'intervento dei Sovrani del Belgio e di alti dignitari dello Stato si è inaugurata a Bruxelles una clinica odontoiatrica intitolata a Giorgio Eastman. Alla cerimonia parteciparono molti stranieri tra i quali l'on. prof. Perna. In una riunione successiva di molti medici dei Paesi d'Europa e d'America si è costituita, per iniziativa del prof. Perna, un'associazione confederale delle cliniche odontoiatriche Eastman, per meglio potenziarle, favorendo gli scambi. La prima riunione avverrà a Roma nell'aprile dell'anno prossimo.

Alla cerimonia della posa della prima pietra del nuovo grande istituto dentario di Parigi, svoltasi alla presenza del prefetto della Senna, delle autorità municipali e di numerose rappresentanze politiche e professionali, ha partecipato anche l'on. prof. Perna. Nel pomeriggio all'on. Perna è stato offerto un ricevimento nella sede della Società Odontologica di Francia, di cui è stato nominato membro *honoris causa*.

Il compianto sig. Giuseppe Mascarpa ha istituito eredi di un valore di circa L. 300.000, in parti uguali, l'Ospedale Maggiore e il Pio Istituto dei Ciechi di Milano.

Altre beneficenze sono pervenute all'Ospedale Maggiore di Milano negli ultimi mesi: 200.000 lire in contanti ha legato il compianto comm. ing. Enrico Marazzani; il sig. Renzo Zaguti ha lasciato trenta obbligazioni comunali ungheresi al 7,50 % con l'onere di un legato vitalizio a favore della moglie; la vivente signora Irene Sburlati vedova Grassi ha donato L. 200.000 per contributo alle spese di costruzione del nuovo Ospedale Maggiore.

Il Reale Ospedale Oftalmico di Londra — generalmente noto col vecchio nome di Ospedale Moorfield — ha assunto molto sviluppo; vi sono ricoverati annualmente 3000 malati e trattati ambulatòriamente più di 50.000. Ora vi sono stati aggiunti nuovi ambulatori che coprono un'area di 3000 mq. V'è una sezione ortopedica in cui si tratta lo strabismo con metodi non operativi.

Circa 40 medici di varie nazionalità, che frequentano un corso presso l'Istituto di Malariologia di Roma, hanno visitato l'Istituto « Carlo Forlanini », accompagnati dal direttore on. prof. E. Morelli.

La Fondazione Rockefeller ha rinnovato un'assegnazione di 50.000 dollari l'anno alla Divisione di Scienze Biologiche dell'Università di Chicago, impegnandosi a corrisponderla per tre anni. Le sue sovvenzioni cominciarono nel 1929, in misura di 30.000 dollari; l'anno scorso la quota fu portata a 50.000 dollari: la differenza doveva essere destinata allo studio dei problemi del sesso.

L'Università imperiale di Tokyo solennizzerà nel maggio 1936 il 10° anniversario di fondazione dell'Associazione giapponese di profilassi antivenerea; nell'occasione verrà organizzata un'esposizione antivenerea.

L'on. prof. Francesco Paolo Sgobbo, della Facoltà medica di Napoli, ha donato all'Ente Pia Casa di istruzione e lavoro di Ariano Irpino, un grande edifizio sito in Pescina (Aquila), che sarà adattato ad asilo infantile ed intitolato al nome di Angelica Sgobbo, compianta consorte dell'illustre radiologo.

Il prof. Umberto Mantegazza, direttore della Clinica dermosifilopatica di Pavia, ha donato la somma di L. 30.000 a favore della biblioteca, nella circostanza della prossima cessazione del suo insegnamento per limiti d'età.

Alla presenza delle Autorità politiche sindacali, civili e militari e di numerosi organizzati ebbe luogo a Littoria l'inaugurazione dei gagliardetti dei quattro Sindacati sanitari (medici, veterinari, farmacisti, levatrici). Inoltre si procedette alla nomina dei dirigenti sindacali e dei componenti i direttori.

Con recente R. Decreto Legge il Consiglio centrale delle stazioni di cura assume la denominazione di « Consiglio centrale delle stazioni di soggiorno, di cura e di turismo » e se ne determina la composizione.

Si è istituito in Francia un Commissariato generale del turismo, termalismo e climatismo, posto sotto l'autorità del ministro dei lavori pubblici. È fiancheggiato da un Comitato consultivo. Si avvarrà di un centro nazionale di espansione, con finalità propagandiste.

I medici artisti commemoreranno Carducci il 25 agosto: alle ore 16,30 verrà deposta una corona di lauro nella casa del poeta, a Valdicastello; alle 17 il dott. Luigi Sanguineti parlerà nella piazza di Pietrasanta. Chi volesse partecipare alla cerimonia può fruire dei biglietti a riduzione per Avenza-Carrara (mostra del marmo) o per Viareggio.

La « Wiener medizinische Wochenschrift » ha dedicato il numero del 13 luglio al 70° compleanno del noto chirurgo addominale prof. Julius Schnitzler, fratello del compianto Arthur Schnitzler, anch'egli medico, noto romanziere e drammaturgo.

A Rochester (Stati Uniti) è stato offerto un banchetto al dott. W. M. Allen, assistente di ostetricia in quell'Università, in riconoscimento della sua opera sul corpo luteo, che ha portato all'isolamento della progestina; erano presenti alte autorità della chimica e della medicina.

Il n. 1 del « Wiener Archiv für innere Medizin » è pubblicato in onore di Wilhelm Falta, di cui sono ben noti i contributi all'endocrinologia: dobbiamo al Falta l'odierna dietetica del diabete, l'impiego dell'insulina al di fuori del diabete, la conoscenza clinica delle sindromi pluriglandolari.

A Napoli, nei giardini di piazza Cavour, di fronte all'Ospedale degli Incurabili, è stato collocato un busto di Mariano Semmola.

Il centenario della morte di Guglielmo Dupuytren è stato celebrato or non è molto a Parigi ed il 21 luglio a Pierre-Buffière, luogo di nascita del grande chirurgo.

Il 23 giugno il Sindacato Medico Fascista di Palermo commemorò ufficialmente il prof. Antonino Bentivegna, che per una lunga serie di anni fu apprezzato presidente e poi commissario dell'Ordine dei Medici.

A quanto informa la « Schw. Med. Woch. » del 27 luglio, nella Facoltà medica di Tolosa la cattedra di urologia clinica è stata sostituita da una di fisiologia e la cattedra di oto-rino-laringologia da una di « clinica del carcinoma ».

La levatrice Rosa Valgimigli, da S. Casciano, volle prestare la sua assistenza ad una partoriente, pur avendo subìto un grave infortunio mentre si recava dalla stessa: era caduta da un mulo imbizzarritosi ed aveva riportato la frattura di alcune costole; in ospedale fu poi dichiarata guaribile in 30 giorni.

Nella Casa di cura del prof. Morelli a Pavia il signor Carlo Scalvini, da Pavia, invalido di guerra e iscritto all'Associazione volontari donatori di sangue di Milano, ha raggiunto la sua cinquantaduesima donazione in soli due anni circa.

I giornali hanno riferito di una radioconsultazione tra due medici delle isole di Nuova Zemblia (Russia sett.): il dott. Firsow, che assisteva una partoriente a Capo Desire, chiese ed ottenne il parere del dott. Nikilin, residente a Dixon.

È stata rappresentata con successo, al Teatro Eliseo di Roma, la commedia « Home Rebus » di Gian Capo: un medico consegue un largo successo facendo l'empirico e corre il rischio di perdere la clientela quando è costretto a mostrare la laurea per evitare la prigione.

Di un tentativo di omicidio pietoso hanno dato notizia i quotidiani. A Terni certo Fernando Caporali, di 62 anni, e la consorte Agata Adami, di 59 anni, giacevano in letto malati; egli decideva di uccidere la compagna, per liberarla dalle sofferenze; ma otteneva il risultato di ridurla in gravissimo stato, con un colpo di rivoltella al cranio, con permanenza del proiettile e perdita della vista; egli stesso rimaneva ferito, non gravemente, mentre la moglie tentava disarmarlo.

All'Ospedale di Saint-Antoine di Parigi un medico è stato malmenato da un paziente in seguito a diagnosi di corno cutaneo, giudicata offensiva; si trattava di corneoma sulla glabella.

Un medico di Bucarest, dott. Dezsö Steiger Kazal, docente di dermatologia all'Università, nell'ordinare dell'acetato di tallio, per la cura della tigna in due gemelli, scrisse g. 5,0 invece di 0,5; ne è derivata la morte dei due ragazzi, entro 5 giorni. Il farmacista, avendo notato la dose alta, aveva avuto l'avvertenza di porre il medicinale entro una scatoletta esagonale, di cui la legge romena fa obbligo per i medicinali ad uso esterno; senza farvi caso, fu il medico stesso a somministrare il rimedio.

Una nuova via principale di comunicazione del Connecticut è stata intitolata al fisiologo Beaumont, di cui sono noti gli studi sulla digestione.

Registriamo con rammarico le morti di alcuni insigni sanitarî:

Prof. FILIPPO RHO, che diresse i servizi sanitarî marittimi durante la grande guerra;

Dott. ENRICO VILLA, che contribuì alla organizzazione e alla difesa della classe medica;

Prof LUIS MORQUIO, pediatra di grande fama di Montevideo;

Prof.a LYDIA RABINOVITCH, valente tisiologa, già collaboratrice di Koch.

Ci riserviamo di parlare, nei prossimi numeri, di queste personalità della medicina.

È morto, per un infortunio automobilistico, a Messico, il prof. RICARDO E. CICERO, di quella Facoltà medica, dermatologo di fama internazionale, noto sovratutto per i suoi lavori sul tallio nelle tigne.

È morto a Santiago del Cile il dott. CORBALAN MALGAREJO, ex direttore della sanità, ex ministro, autore del primo codice sanitario del Cile.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Münch. Med. Woch., 7 mar. — G. JUNGMICHEL. Determinaz. dell'alcool nel sangue a scopo legale e in medicina interna.

Presse Méd., 9 mar. — P. ETIENNE-MARTIN. Tossicità dei lipoidi tissulari.

Jornal dos Clin., 15 gen. — C. A. VARGAS. Diagnosi di sesso in gravidanza. — 30 gen. R. PACHECO fig. Concussione cerebrale.

Arch. internal Med., feb. — H. YOUNG e E. E. OSGOOD. Il midollo sternale aspirato in vivo: citologia allo stato di salute e di malattia. — E. S. EMERY e R. T. MONROE. Ulcera peptica. — R. M. MILDER e D. L. WILBUR. Recenti contributi alle malattie del metabolismo e della nutrizione.

Deut. Med. Woch., 8 mar. — BRENTANO. Problemi moderni sul diabete. — ASSMANN e DEMBOWSKI. Epidemia di tifoide da latte.

Journal A. M. A., 23 feb. — Numero radiologico.

Riv. di Cl. Ped., feb. — E. INGLESSI. Sindrome adiposa post-encefalitica.

Sang, 3. — I. GOIA. Linfogranulomatosi maligna acuta. — S. DEJUST-DEFIOL. Principio antianemico degli estratti gastrici.

Acta Med. Scand., VI. — F. MAINZER. Nicturia essenziale. — G. WOLFF. Mortalità da tbc. e industrializzazione. — J. IPSEN. Temperatura cutanea e stato febbrile. — C. BIE jr. Ricerche sierologiche nel cancro.

Giorn. di Cl. Med., 28 feb. — L. PRETI. Casistica setticemica. — L. LEVI. Versamenti asettici para-influenzali nella pleura.

Riv. Sanit. Sicil., 1 mar. — G. BUTTAFERRI. Curva ammino-glicemica nelle sindromi associate dell'addome d.

Giorn. Veneto d. Sc. Med., feb. — G. CANTALE. Vertigini ed interventi sul simpatico cervicale. — C. RONZONI. Sindrome meningitica nella infez. poliomielitica.

Prensa Méd. Argent., 20 feb. — T. MALAMUD e al. Infezione nevralgica acuta.

Pediatria, 1 mar. — G. DE TONI e al. Manifestazioni congiuntivali del morbillo in specie durante l'incubaz.

Brit. Med. Journ., 9 mar. — L. P. E. LAURENT. La prostigmina nella miastenia grave.

Chinese Med. Journ., gen. — T. T. WU e C. K. CHI. Amebiasi della cervice uter. — S. H. LIU. Risposta degli osteomalacici alla vitamina D. — *Id.*, feb. H. E. CAMPBELL. Meningite asettica e anestesia spinale.

Rif. Med., 9 mar. — C. SCAGLIONI. Ossalemia ed ossaluria in rapporto alla funzionalità renale. — M. MARTINEZ e H. PRETET. Il meccanismo specifico della reaz. antigene-anticorpo.

Amer. Jl. Obst. a. Gyn., feb. — M. E. DAVIS. Nuovo principio della segala c. e sua azione sull'utero. — L. KROHN e al. Ormonoterapia dell'aborto abituale. — C. E. GALLOWAY e P. H. SMITH. Alleviamento del dolore nel parto.

Revue de Méd., gen. — P. MERKLEN e L. ISRAËEL. Turbe della glicoregolazione durante le polmoniti e le bronco-polmoniti.

Revue de Chir., feb. — R. LERICHE. Nuovi orientamenti di ricerca in patologia chirurgica. — J. DUCUING. L'anestesia regionale in chirurgia gastrica.

Clin. Chir., feb. — T. MALLONE. Sierodiagnosi nella tbc. chirurgica. — T. CALZOLARI. Escissioni e resezioni gastriche.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mar. — E. S. TAUBER e O. R. LANGWORTHY. Siringomielia e la formazione di cavità nel midollo spinale. — J. C. YASKIN. Trattam. del torcicollo spasmodico.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 15 luglio al 21 luglio: Morbillo 329 (1005); Scarlattina 112 (246); Pertosse 144 (422); Varicella 80 (116); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 410 (1378); Infezioni paratifiche 97 (136); Febbre ondulante 47 (60); Dissenteria 22 (35); Difterite e croup 165 (265); Meningite cerebro-spinale epidemica 6 (6); Poliomielite anteriore acuta 14 (16); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 10 (12); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 59 (78), dichiarata — (—); Pustola maligna 33 (36).

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII — Roma, 26 Agosto 1935 - XIII — Num. 34

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE « G. DE MARTINO »
MOGADISCIO.

Direttore: Prof. dott. C. TEDESCHI.

Dissenterie miste da Entamoeba coli-Blastocystis jalinus e da Blastocystis jalinus-Trichomonas intestinalis.

Dott. ANGELO M. CICCHITTO,
Capo Reparto Medicina.

Le ricerche sulla parassitologia intestinale, con l'era pasteuriana e con gli studi e i progressi della microbiologia, sono rimaste a lungo abbandonate. Solo di recente, l'insorgere di stati morbosi complessi e di turbe varie a carico dei più diversi organi e sistemi, ha richiamato l'attenzione degli studiosi sui parassiti dell'intestino.

Sappiamo difatti che non soltanto nelle enteriti o nelle coliti, ma anche nei parassiti intestinali si ritrova, talora, la causa di appendiciti, astenie, cefalee, nevralgie, vertigini, manifestazioni cutanee, turbe visive, uditive ed olfattive, crisi convulsive, ecc. Le stesse colibacillosi e le infezioni da enterococchi, sono, se non quasi sempre in tutti i soggetti, come ritengono Schwartz, Azam e Yovanovitch, ma quasi sempre nel negro, concomitanti ad una parassitosi intestinale, perchè, spesso questi parassiti aprono la strada al bacterium coli ed agli enterococchi, ospiti abituali del nostro intestino.

Scopo del nostro studio è di portare un contributo alla conoscenza di due forme di dissenterie miste, frequenti specialmente nelle zone tropicali e dovute l'una all'associazione Entamoeba coli-Blastocystis jalinus, l'altra all'associazione Blastocystis — Trichomonas intestinalis. Soltanto la prima è stata illustrata e studiata dal Sangiorgi; dell'altra, a quanto sappiamo, la letteratura non fa menzione.

Tra i parassiti intestinali, la cui patogenicità è da lungo tempo riconosciuta, non v'è che l'Anchilostoma duodenalis e l'Entamoeba dysenteriae; il primo appartenente agli elminti, il secondo ai protozoi.

Gli altri parassiti, e tra questi l'entamoeba coli, il blastocystis e il trichomonas intestinalis, dalla maggior parte degli Autori, o sono

considerati come dotati di scarsa azione nociva soltanto nei casi di associazione parassitaria, o come microviventi non patogeni ed ospiti innocui ed anche abituali del nostro intestino.

Certo, nei climi temperati, reperti coprologici di tali parassiti sono per nulla frequenti. Perciò crediamo che specialmente le osservazioni condotte nelle zone tropicali, dove le parassitosi intestinali costituiscono i principali fattori di morbidità, possono stabilire la patogenicità o l'innocuità di tali protozoi.

Per quanto riguarda l'entamoeba coli, il primo accenno al suo potere patogeno, sia pure in una forma assai incerta e discutibile, risale al 1906 per merito dell'Huber, il quale, in un caso di dissenteria amebica, trovò delle cisti con 8 nuclei. Dal 1906 le osservazioni sulla patogenicità di tale ameba, in contingenze diverse e nei climi più disparati, sono andate moltiplicandosi. Billet nel 1907, Wenyon nel 1908, Mattews nel 1919, hanno riferito su casi di dissenteria sostenuti dall'entamoeba coli. Low nel 1916, ammettendo la patogenicità di questo protozoo, ha fatto rilevare la sua resistenza all'emetina. Il Riff, nel 1920, avendo riscontrato in una cisti appendicolare l'E. coli, ha pensato che questa potesse rappresentare, nel determinismo di tali cisti, l'agente etiologico. Fischer nel 1921 ha riscontrato l'E. coli in un paziente affetto da diarrea cronica, e Grunewald ha attribuita a questa ameba un potere dissenterigeno anche grave e recidivante. Parecchie osservazioni abbiamo avute nel 1922, quantunque alcune suscettibili di critica, come quelle di Giraud e Le Bourdelles. Orticoni e Gazzola a Nizza, Jansion a Fez hanno riferito su un caso di enterite dissenteriforme, i primi, e di colite, il secondo, sostenuto da Entamoeba coli. Sono del 1925 gli interessanti contributi di Hammerschmidt, Garin, Hall e Reed: questi ultimi hanno pensato che la patogenicità dell'E. coli si esplichi o provocando vere alterazioni della mucosa, o soltanto irritazione, oppure un perturbamento dei processi digestivi. Meritano d'esser ricordati i reperti necroscopici datici da Hammerschmidt, il quale ha riferito di aver riscontrato nella mucosa rettale di un soggetto morto per anemia perniciosa e ai bordi di ulcerazioni intestinali di due pazienti deceduti per tifo e per leucemia acuta, numerose Entamoebe coli. Garin ammette la patogenicità di questa ameba pur supponendo che essa derivi da alterazioni regressive e precisamente da un invecchiamento dell'entamoeba dysenteriae nell'organismo umano. Assai convincente la ricerca sperimentale del Brumpt (1926), il quale iniettando per via rettale a due gattini delle feci contenenti E. coli, E. dispar ed Endolimax nana, ottenne in un gattino, un'infestazione duplice (E. dispar-E. coli); nell'altro un'infestazione pura (E. dispar); all'autopsia del gattino, presentante infestazione duplice, riscontrò ulcerazioni superficiali del retto, con scarse E. dispar e moltissime E. coli, reperto che indusse il Brumpt a pensare come l'E. coli possa penetrare nelle ulcerazioni predette da altri parassiti e che quindi anche per l'uomo essa possa essere patogena. Infine sono di questi ultimi anni i contributi di autori italiani tutti tendenti a dimostrare la patogenicità dell'E. coli: il Bacchelli nel 1927, l'Allodi nel 1930 ed il Penso nel 1931, il quale in base allo studio di 14 casi di pura infestazione da E. coli presentanti una sindrome clinica caratteristica e ben definita, ha proposto, per tale entità morbosa, la denominazione di Coliamebiasi. Molto recentemente anche il Sangiorgi (1933), ha insistito sull'azione nociva di questo protozoo e così pure il Panagia (1934) il quale su 500 esami di feci ha riscontrato questa ameba nella percentuale del 7,1 % dei casi.

Relativamente abbondante è dunque la letteratura medica sulla patogenicità dell'E. coli. Assai meno lo è per il blastocystis jalinus e per il trichomonas intestinalis.

La scoperta del blastocystis risale al 1899 per opera del Perroncito, il quale, nelle feci di un paziente affetto da enterite cronica, nel grosso intestino di un maiale ed in seguito in alcune cavie, riscontrò dei corpuscoli particolari che denominò Coccidium jalinum. Ma assai dibattuta è stata sempre la questione se il blastocystis debba considerarsi come appartenente al regno animale o al regno vegetale. Il Prowazeck, nel 1908, interpretò questi viventi come cisti da Trichomonadi, cioè viventi animali. Invece nello stesso anno, il Dobell pensò che appartenessero al regno vegetale. Nel 1910 Wenyon per primo li riscontrò nell'intestino umano e rigettò l'opinione di Prowazeck. Nel 1911 Alexeieff, nell'intestino dei batraci, dell'uomo, della cavia, del ratto, ecc., rinvenne il blastocystis, denominandolo Blastocystis enterecolae da ritenersi un ascomicete. Il Brumpt nel 1912, accettando il referto di Wenyon, diede l'appellativo di hominis al blastocystis riscontrato nell'uomo, considerandolo vivente vegetale appartenente ai Blastosporidi (ifomiceti parassiti).

Ma nel 1917 la posizione del blastocystis tra i viventi vegetali, viene ad essere scossa

dalle ricerche di Schwellengrebel e Chatton che lo considerarono come un'immagine degenerativa di alcuni protozoi intestinali il primo, e come stadi del ciclo di sviluppo di un flagellato intestinale (Schizobodo lacertae) il secondo.

De Beaurepaire Aragâo (1922) pensa che i blastocystis siano dei parassiti vegetali vicini a certi Blastomiceti e specialmente ai saccaromiceti. G. Alessandrini pone il Blastocystis nella famiglia Bonodinae della classe dei Flagellati. Tra gli Autori che in questi ultimi anni si sono occupati dell'argomento, il San giorgi pensa che esso sia vivente autonomo e di natura vegetale. Il Micheletti (1932), in un suo lavoro sulla natura di questo microvivente, conclude che sebbene il Blastocystis possa ravvicinarsi ad alcuni funghi, pure la sua posizione sistematica non è sicuramente definita. Da altre ricerche (1933) lo stesso autore conclude: « con i reattivi atti a svelare la presenza della cellulosa nelle membrane vegetali il comportamento del Blastocystis è stato ugualmente negativo per tutti. Questo dato, aggiunto alla impossibilà di coltivare il Blastocystis nei terreni liquidi comunemente in uso per i miceti può far pensare con una certa fondatezza che il Blastocystis non appartenga ai miceti ».

Se dibattuta è la posizione sistematica del Blastocystis, altrettanto è il suo potere patogeno. E mentre alcuni Autori tra i quali De Beaurepaire Aragâo, Bach, Kiefer, ecc., lo considerano privo di qualsiasi azione nociva, Parodi e Nino gli danno valore soltanto come corresponsabile, mentre Lynch, Jakimoff, Wassilewsky, Castex e Greenway, Mazza, Barilari, Panayototou, Sangiorgi, rigettando il concetto della sua innocuità, gli attribuiscono una reale patogenicità. Il Panagia (1934) pensa che la sua presenza non debba essere del tutto indifferente nell'intestino umano. G. Alessandrini ritiene che esso in qualche caso non sia estraneo alla genesi di enterecoliti più o meno gravi; desume ciò da un caso di pura Blastocystosi occorsogli, col quale provocò l'infestazione sperimentale in due gattini, ottenendo una grave enterecolite seguita da morte e rilevando alla necroscopia arrossamento, tumefazione e infiltrazione della mucosa del colon e del retto, la quale appariva ricoperta di muco sanguinolente, senza segni di ulcerazione e con straordinaria abbondanza di blastocystis.

Come la patogenecità del Blastocystis jalinus, così anche quella del Trichomonas intestinalis è molto dibattuta. Senza dilungarci su questo flagellato di cui ci siamo occupati in un precedente lavoro, segnaliamo gli autori che attraverso osservazioni e ricerche cliniche accettano la sua patogenicità: Chassin e Billet, Bohne e Prowazeck, Viereck, Mello Leitao, Brumpt, Escomel, Lebeuf e Braun, Vaccarezza, Rhamy e Ametts, Parisot e Simonin, Le Noir e Deschiens, Sangiorgi e Pappalardo.

Questo è quanto la letteratura medica registra sulla patogenicità dell'Entamoeba coli, del Blastocystis jalinus e del Trichomonas intestinalis, considerati come infestazione pura o parassitosi unica.

* * *

La nostra esperienza e il nostro studio, diciamo subito, ci inducono a ritenere patogeni in ogni caso l'Entamoeba coli ed il Trichomonas intestinalis, mentre riteniamo che il Blastocystis jalinus non sempre possa esplicare azione nociva. La nostra opinione è convalidata da esami coprologici e da osservazioni cliniche quotidiane espletate in una zona prettamente tropicale. In nessuna branca, come in questa della parassitosi intestinale, il laboratorio e la clinica si debbono un mutuo controllo ed un mutuo appoggio. L'osservazione accurata e continua del malato con tutto il corteo sintomatologico, il decorso dell'affezione morbosa e la guarigione, controllata serenamente e severamente alla luce della ricerca coprologica ripetuta e profonda, c'inducono a questo pensiero.

Le nostre osservazioni si basano naturalmente soltanto sulle infestazioni in cui l'Entamoeba coli, il Blastocystis ed il Trichomonas ci sono apparsi come parassitosi unica o duplice, tralasciando, ben inteso, le parassitosi triplici, quadruple, ecc. in cui sovente i suddetti parassiti rientrano associati ad altri protozoi o elminti.

Parassitosi unica:

Entamoeba coli	19
Trichomonas intestinalis	33
Blastocystis jalinus	82

Parassitosi duplice:

Entamoeba coli-Blastocystis	16
Blastocystis-Trichomonas	25

Per quanto riguarda l'Entamoeba coli, riteniamo che oramai sia da rigettarsi in modo assoluto il concetto della sua innocuità e della sua riperibilità coprologica abituale e comune. Quanto lontano siamo dalla percentuale del Brumpt, secondo il quale questo protozoo si riscontrerebbe presso l'uomo nel 50 % dei casi.

Noi, in una zona tropicale dove la frequenza delle parassitosi intestinali è stragrande, abbiamo riscontrato l'Entamoeba coli in una percentuale che non ha mai superato il 10 %. Mai abbiamo avuto modo di rinvenire questa Amoeba, in soggetti sani nella sfera intestinale, ma sempre la scomparsa della sintomatologia morbosa ha coinciso con la scomparsa di essa dalle feci, dietro trattamento adeguato. Il quadro clinico della Coliamebiasi descritto dal Penso, si verifica nella maggior parte dei casi: dolori addominali vaghi, localizzati nei quadranti inferiori, specialmente in quello di destra, sovente congiunti a scariche fecali poltacee, muco-gelatinose. Assai spesso si unisce uno scadimento delle condizioni generali di nutrizione e sanguificazione. Non abbiamo riscontrato nel negro disturbi a carico della sfera nervosa, come invece si osserva nel bianco, e consistenti in uno stato di irritabilità, irrascibilità e preoccupazione citati dal Penso. Assai spesso, invece, abbiamo notato periodi più o meno lunghi di modica piressia (37°5'-37°8') che coincidevano specialmente con i periodi di riacutizzazione dell'affezione in generale e dei disturbi intestinali in particolare.

Se questo è per sommi capi il quadro morboso che presenta l'infestato da Entamoeba coli, diverso è quello causato dall'infestazione mista da E. coli-Blastocystis, binomio etiologico discusso e studiato dal Sangiorgi che propone la denominazione clinica di Coliamebo Blastocystosi. Tra le infestazioni parassitarie duplici, noi abbiamo appunto avuto modo di riscontrare con una certa frequenza, dietro ripetuti ed accurati esami coprologici, tale binomio etiologico « Entamoeba coli-Blastocystis » insieme all'altro « Blastocystis-Trichomonas intestinalis ».

Il quadro clinico della Coliamebo Blastocystosi diversifica dalla pura Coliamebiasi. Dei nostri 16 casi, dieci presentavano, secondo quanto riferisce il Sangiorgi « il quadro tipico di una vera e propria dissenteria affatto indifferenziabile dalla sintomatologia di quella sostenuta dai più quotati agenti dissenterigeni ». In qualche caso si ha una sintomatologia lieve che cede in brevissimo tempo al trattamento curativo: non febbre, nè fenomeni generali, ma crisi diarroiche di 3-4 scariche al giorno, poltacee più che liquide, muco-gelatinose. Nella maggior parte dei casi predomina la forma acuta della sindrome colitica: dolore lungo il colon, spontaneo ed esacerbantesi alla palpazione profonda, talora intenso, ma per lo più sotto forma di dolenzia diffusa, gorgoglio alle fosse iliache, 7-8 scariche al giorno di feci liquide, muco-sanguinolente o con scarse strie di sangue, la temperatura si presenta come febbricola continua, ma talora con poussées che raggiungono i 38°. Non sempre v'è astenia, anoressia e dimagramento, fatti però sempre presenti nelle forme datanti da lungo tempo. Le turbe a carico della sfera nervosa, quali perturbazioni vasomotorie, stati neurasteniformi, le abbiamo riscontrate soltanto nel bianco e preferibilmente nei soggetti giovani, mai nel negro: disturbi che riteniamo debbano riconoscere come predisposizione un terreno nevropatico particolare. Invero nelle parassitosi intestinali, grande importanza deve avere il terreno nevropatico. Giustamente M. Brulé fa notare che un intestino nervoso reagisce all'eccitamento causato dal parassita, mentre questo eccitamento passerà inosservato presso un soggetto normale. Le turbe neurasteniformi e psichiche che si verificano talvolta nei casi d'infestazione da E. coli-Blastocystis, rivestono sovente caratteri quanto mai strani, tanto da far pensare che esse non siano affatto dipendenti dalla parassitosi. Anche in questa forma di dissenteria mista come in quasi tutte le colopatie da parassitosi intestinali, assai di frequente, a causa della sintomatologia dolorosa che molte volte è più intensa nel colon ascendente a livello del cieco, sorge il dubbio, non sempre facile a risolversi, di una appendicite cronica. Specialmente in tali casi l'esame coprologico assurge ad importanza particolare. Quante dolenzie appendicolari anche intense abbiamo visto scomparire nelle parassitosi protozoarie intestinali con adeguato trattamento antiparassitario! Al riguardo condividiamo completamente il pensiero di M. Brulé, il quale, parlando delle colopatie da Trichocephalus Trichiurus, dice di aver osservato molti malati che avevano subito o dovevano subire l'appendicectomia, e di aver notato la frequenza di colopatie da Trichocephalus, prese a torto per delle appendiciti croniche ed in cui l'appendicectomia non aveva dato alcun miglioramento. In un caso, indigeno di età avanzata, per la sintomatologia imponente e caratteristica, prese serio fondamento la diagnosi di cancro dell'intestino, ma la negatività degli esami radiologici e rectoscopici, l'esame delle feci che mostrò associazione di E. coli-Blastocystis, indirizzarono alla giusta diagnosi che fu convalidata dalla guarigione completa del paziente, con terapia antiparassitaria.

Abbiamo ricercato la formula leucocitaria, osservando in 10 dei 16 casi eosinofilia leggiera, e in 6 casi un'eosinofilia degna di rilie-

vo, notando come essa sia più notevole e più frequente nella Coliamebo Blastocystosi che nelle forme pure di infestazione da E. coli o da Blastocystis. Abbiamo altresì praticato in 12 dei 16 pazienti l'esame del contenuto gastrico rilevando anacloridria in due pazienti, ipocloridria in due, normocloridria in 5, ipercloridria in 3. Non v'è quindi un rapporto tra questa forma mista d'infestazione parassitaria e anacloridria.

Nell'associazione Entamoeba coli-Blastocystis, quale importanza ha l'E. coli e quale il Blastocystis? Noi siamo convinti della patogenicità dell'E. coli, principalmente dai casi d'infestazione pura capitati sotto la nostra osservazione, tutti presentanti una sindrome clinica quasi sempre caratteristica che una terapia adeguata, ha sempre fatto scomparire; la quale patogenicità si esplicherebbe, secondo il Penso, mediante una lieve azione meccanica dovuta al continuo emigrare dell'Amoeba sulla mucosa intestinale, e mediante un'azione tossica a carattere locale ed a carattere generale.

Non ci sentiamo in grado invece di affermare, in modo assoluto, il potere patogeno del Blastocystis jalinus. In molti soggetti del tutto sani nella sfera intestinale, abbiamo riscontrato questo microvivente. Così pure lo si rinvenne, con una notevole frequenza rispetto a qualsiasi altro parassita, associato nei casi di parassitosi multiple. Non condividiamo il parere di quegli AA. che ritengono il Blastocystis, in ogni evenienza, vivente banale ed innocuo, ma neppure pensiamo che esso possa da solo sostenere turbe dissenteriformi subacute e croniche.

La nostra opinione è che specialmente ai tropici, le condizioni igieniche, climatiche, alimentari, particolarmente difettose, influenzando nocivamente la normale flora intestinale, il *bacterium coli* e gli enterococchi, possano talvolta far acquistare patogenicità al Blastocystis, provocando turbe intestinali acute di non lunga durata. Come pure riteniamo che il blastocystis, molte volte innocuo per sè solo, acquisti sempre azione nociva, ora lieve, ora notevole, nei casi di associazione parassitaria, e forse tende anche ad aumentare la patogenicità dei parassiti coi quali si trova associato. Il blastocystis quindi può incriminarsi certamente come corresponsabile. Nel caso della sua associazione con l'Entamoeba coli, il Sangiorgi afferma sia possibile pensare che il Blastocystis funga come un attivatore dell'Ameba. Questo A. riporta l'osservazione fatta in vitro da Konotine, il quale avrebbe osservato che aggiungendo dei blastomiceti alle culture, si riesce a coltivare ed a mantenere vitali per due mesi le Amebe del suolo. Orbene, considerando il blastocystis jalinus un miceto, dice il Sangiorgi, si può ammettere per analogia che la stessa simbiosi mutualistica avvenga in vivo, nei casi di Coliamebo Blastocistosi, in cui una forma amebica è affiancata ad un miceto della famiglia degli ascomiceti.

Agli esami microscopici, accanto ai segni di irritazione della mucosa intestinale, abbiamo rilevato notevoli differenze sia nel numero che nella forma dei blastocystis, per cui ci pare esatta la classificazione del Sangiorgi in immagini piccole, medie, grandi, e giganti; talora anzi ci è apparso che il quadro morboso, specialmente per quanto riguarda la sfera intestinale, fosse in rapporto col reperto microscopico e del numero e della forma dei blastocystis.

Con frequenza maggiore della coliamebo blastocistosi abbiamo rilevato la parassitosi duplice da blastocystis jalinus-trichomonas intestinale. Le nostre osservazioni di tale forma mista ammontano a 25 casi. Essa è quasi completamente paragonabile alla coliamebo blastocistosi. Mancano i disturbi a carico della sfera nervosa, disturbi però molto più facilmente rinvenibili negli indigeni anzichè nei bianchi, nei quali abbiamo osservato soltanto 4 casi di tale infestazione mista. La forma di dissenteria da blastocistis-trichomonas diversifica profondamente dalla pura trichomoniasi; si ha una sintomatologia morbosa, specialmente per quanto riguarda la sfera intestinale, più intensa, e ciò dimostra chiaramente, in questa forma, la patogenicità, secondo il nostro concetto del blastocystis jalinus, il quale molte volte innocuo per sè solo, acquista azione nociva associato con altri parassiti, aumentando altresì la patogenicità di questi. Mentre nella pura trichomoniasi la forma acuta o colitico-dissenteroide è rara e prevale la forma di colite subacuta, nell'associazione blastocystis-trichomonas si ha una netta sindrome colitico-dissenteroide: 7-8 scariche al giorno di feci liquide, muco-gelatinose, sanguinolenti o con scarse strie di sangue, dolori o dolenzia lungo tutto il colon e specialmente lungo il colon ascendente ed alla regione cecale, rialzi febbrili, scadimento della nutrizione e della sanguificazione.

Anche in questa forma non abbiamo rilevato alcun rapporto con l'anacloridria: secondo gli esami del contenuto gastrico praticati in 15 dei 25 pazienti, 6 soggetti presentavano normocloridria, 4 ipercloridria, 3 ipocloridria e 2 anacloridria.

L'eosinofilia è più frequente che nelle infestazioni pure da trichomonas o da blastocystis, ma non è affatto costante; dei 25 casi, in 17 essa era pressochè normale, in 6 soggetti oscillava tra il 3 ed il 5 %, in due casi raggiungeva i valori più alti e cioè l'8 e il 9 %. Questi due casi presentavano manifestazioni cutanee a tipo di acne diffusa, specialmente al dorso in uno (fig. 1), e manifestazioni orticariformi al 3° inferiore delle gambe nell'altro (fig. 2) con parestesie e algie alle estremità, scomparse in breve tempo, con tutto il quadro morboso, dietro appropriato trattamento. Appunto in questi due soggetti l'eosinofilia era apprezzabile, raggiungendo rispettivamente l'8 ed il 9 %.

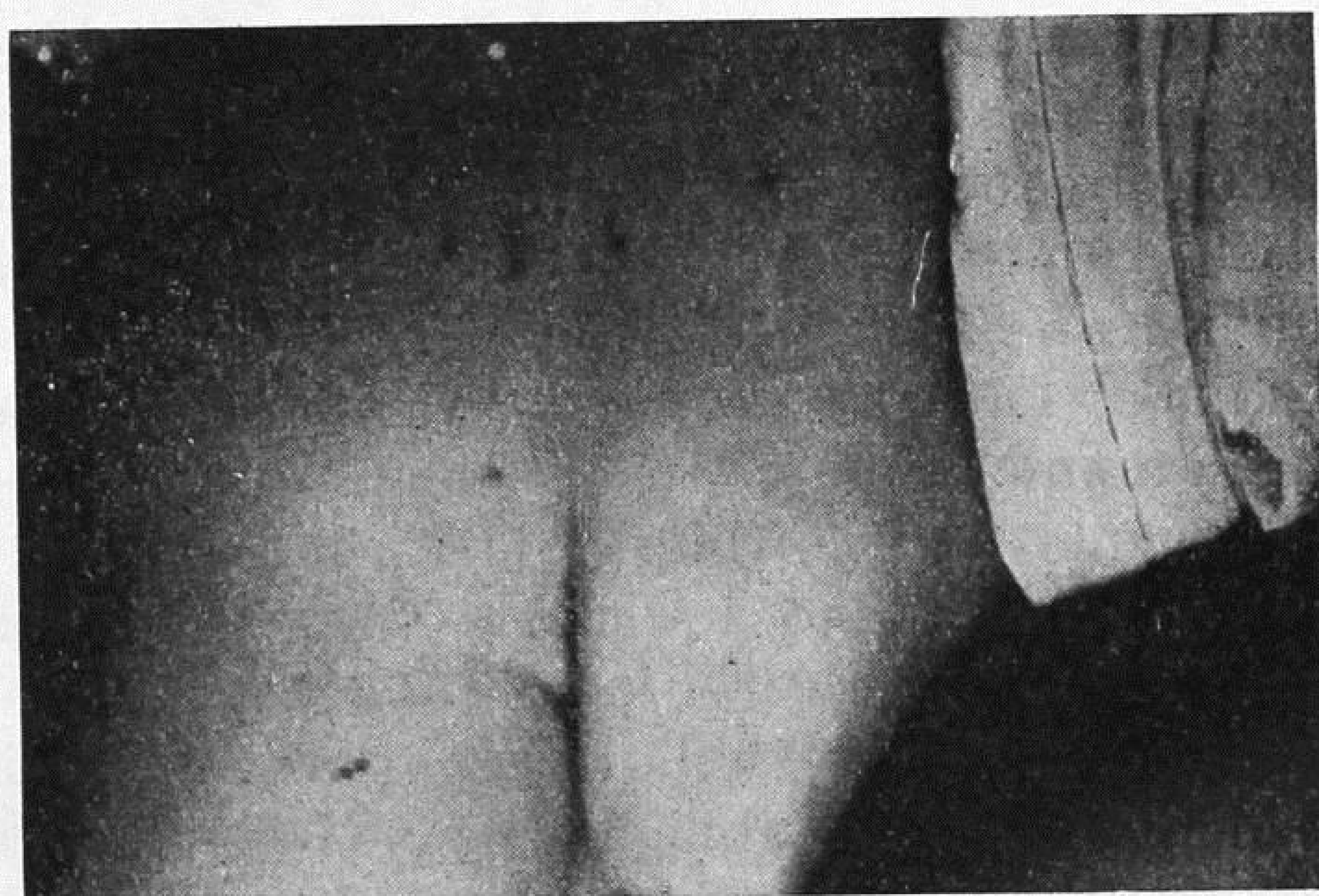


FIG. 1.

Anche in altre forme di parassitosi protozoarie intestinali, abbiamo potuto rilevare, quasi costantemente nella formula leucocitaria una eosinofilia discreta quando coesistono manifestazioni cutanee dipendenti dalla parassitosi.

Riconosciuti i quadri clinici talora molto complessi determinati da queste due forme di parassitosi duplice, noi possiamo ottenere in breve tempo la guarigione clinica e la disinfestazione parassitaria, eliminando, e ciò ha grande importanza sopratutto ai tropici, le fonti di contagio.

Il Sangiorgi nel 1918, in Albania, trattò la blastocistosi, senza alcun beneficio, con l'emetina, l'unico farmaco di cui allora si disponeva. Veramente l'emetina resta sempre il medicamento principe contro l'entamoeba dysenteriae, ma soltanto contro questa. Per combattere le infestazioni da entamoeba coli, da blastocystis jalinus e da trichomonas intestinalis, abbiamo medicamenti efficaci quanto l'emetina per l'entamoeba dysenteriae. Primi tra tutti lo stovarsolo e lo yatren, coi quali si può ottenere la guarigione clinica e batteriologica. Efficaci talvolta sono anche lo spirocid e gli arsenobenzoli a forti dosi per via endovenosa; col timolo per os o per clistere, con la trementina non abbiamo ottenuto alcun beneficio.

L'intestino è un cassone di veleni secondo il Bouchard, ed un serbatoio di germi secondo il Sanarelli. L'intestino del negro è il più delle volte portatore di parassiti. Come vi sono dei portatori sani di germi batterici, dice Marcel Labbé, così vi sono dei portatori sani di parassiti, e ciò non impedisce che questi possano, in alcune circostanze, divenire l'origine di una malattia.

La conoscenza di queste due forme di parassitosi duplice ha sovratutto interesse pratico clinico, giacchè, se una forma d'infestazione da entamoeba coli, da trichomonas, o da blastocystis può per lo più, già clinicamente differenziarsi dall'infestazione da entamoeba dysenteriae, tali forme miste assumono quasi sempre i caratteri clinici dell'amebiasi intestinale. È necessario quindi abbandonare il concetto d'innocuità di questi parassiti, ed accettare e riconoscere tali quadri clinici da

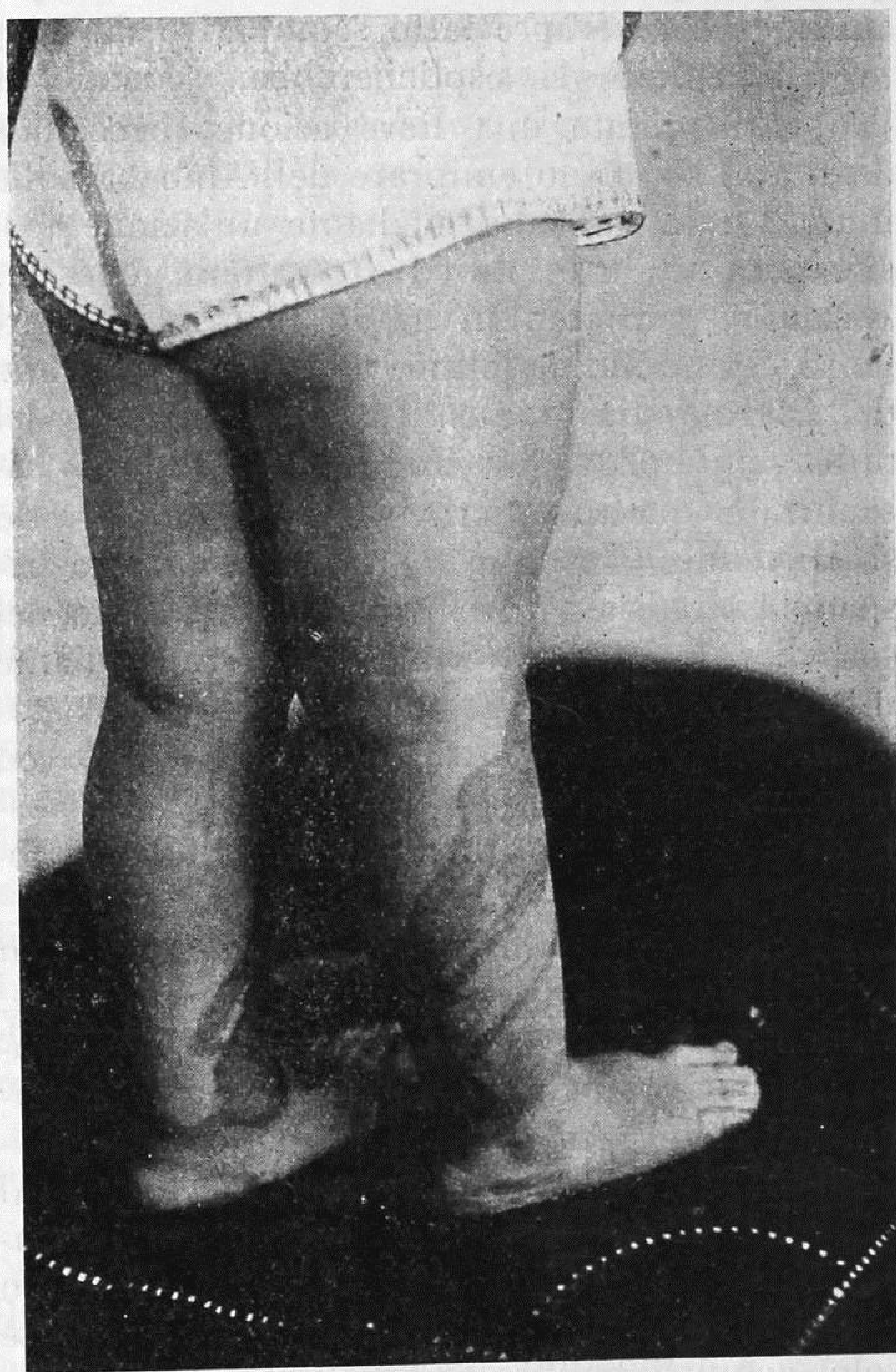


FIG. 2.

parassitosi duplice, nella loro frequenza, decorso e terapia.

Pur considerando le reinfestazioni tanto possibili nei climi tropicali, il nostro compito sarà quello di deparassitare il malato. E se alcuni AA. tra cui M. Montel e M. Marcel Leger, pensano che si possa arrivare a deparassitare i soggetti portatori di amebe croniche nel 95 % dei casi, a maggior ragione riusciremo noi allo scopo, con i nostri pazienti indigeni portatori fortunatamente soltanto in una bassa percentuale di E. dysenteriae, ma per lo più, di altri protozoi di minore patogenicità e di maggiore e facile curabilità.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver riferita la letteratura sulla patogenicità dell'entamoeba coli, del blastocystis jalinus e del trichomonas intestinalis, tratta di due forme di dissenteria mista, frequenti specialmente ai tropici, dovute l'una all'associazione entamoeba coli-blastocystis jalinus, l'altra all'associazione blastocystis-trichomonas intestinalis, facendo rilevare l'interesse pratico clinico di queste due parassitosi duplici che clinicamente quasi mai si riesce a differenziare dall'amebiasi intestinale.

In base all'esperienza personale, l'A. sostiene la patogenicità dell'entamoeba coli e del trichomonas intestinalis. Del blastocystis jalinus, che sovente ha rinvenuto in soggetti del tutto sani nella sfera intestinale, l'A. pensa che esso, molte volte innocuo per sè solo, acquisti sempre azione nociva nei casi di associazione parassitaria, tendendo altresì ad aumentare la patogenicità dei parassiti coi quali si trova associato.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANRINI G. *Parassitologia dell'uomo e degli animali domestici.* U. T. E. T., Torino, 1929.
ALEXEIEFF. Bull. Soc. Franç. et Belgique, 1911. Arch. Zool. Exp., 1917.
ALLODI. Arch. di Pat. e Clin. Med., 1930.
BACH e KIEFER. Tropical diseases bull. XV, n. 6, 1923.
BARILARI. Prensa Med. Argentina, 1925.
BILLET. C. R. Soc. Biol., 1907.
BRULÉ. La Presse Médicale, n. 91, 1924.
ID. *Problèmes actuels de pathologie médicale.* Troisième série, Paris, Mason, 1934.
BRUMPT. Bull. Soc. Path. Exot., 1912; Bull. Acc. de Méd., Paris 1926; Précis de Parasitologie, Paris, Masson, 1927.
CASTEX e GREENWAY. Bull. Soc. Path. Exot., 1925.
CHATTON. C. R. Soc. Biol., 1917.
DE BEAUREPAIRE ARAGÃO. Memorias do instituto Osvaldo Cruz, 1922.
DOBELL. Biolog. Centralb., 1908; Méd. Res. Council. Spec. Rep. Series, London, 1921
DOFLEIN, REICHENOW. Lehrbuch der protozoenkunde, 1929.
FISCHER. Centralbl. f. Bakt, 1921.
GARIN. Journ. med Lyon, 1925.
GIRAUD e LE BOURDELLES. Journ. de med. de l'Afrique du Nord, 1922.
HALL e RED. Journ. amer. med. ass., 1925.
HAMMERSCHMIDT. Arch. f. schiffs u. Tropen Hyg., 1925.
HUBER. Berl. Klin. Woch., 1906; Zeit f. Klin. med., 1909.
JANSION. Arch. Inst. Pasteur de l'Afrique du Nord, 1922.
LABBÉ M., NEPVEUX e NICHITA. Arch. des mal. de l'ap. dig., avril. 1931.
LENOIR e DESCHIENS. Arch. med. App. dig. 1924.
LOW. Journ. of Trop. med. a Hyg., 1916.
LYNCH. Journ. amer. med. assoc., 1923; Am. journ. trop. med., 1922, *Protozoan parasitism of the alimentary tract.*, New York, 1930.
MATTEWS. Ann. of trop. med. a. Paras, 1919.
MAZZA. Prensa med. argentina, 1922.
MICHELETTI Annali di Med. Nav. e colon., fasc. I-II, 1932, fasc. III-IV, 1933.
MORENAS. Questions méd. d'actualité, 1931.
ORTICONI e GAZZOLA. La Presse Médicale, 1922.
PANAGIA. Il Policlinico, sez. pratica, 1934.
PANAYOTOTOU. Bull. soc. path. exot., 1928.
PARODI e NINO. Semana Medica, 1926.
PENSO. La Riforma medica, 1931.
PROWAZECK. Arch. f. Protist., 1908.
RIFF. C. R. Soc. Biol., 1920.
SANGIORGI. Annali di Igiene, 1930; Pathologica, 1930, 32, 33.
SANGIORGI e PAPPALARDO. Pathologica, 1930.
VACCAREZZA. Semana Medica, 1922.
WENYON. *Protozoology* Baillière, Tindall a. Cox., London, 1926.
YAKIMOFF e WASSILEWSKY. Bull. Soc. Path. Exot., 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI RIMINI
SEZIONE MEDICA diretta dal Prof. ACHILLE SEGA

Su di un caso di mors thimica in conseguenza dell'applicazione di un apribocca (*)

per il dott. A. CARIBOTTI, assistente.

L'interesse del caso è offerto oltre che dalla rarità della condizione morbosa, dalla particolare coincidenza della morte improvvisa in una bambina (con notevole iperplasia del timo passata del tutto inosservata) alla quale era stato applicato senza alcuna violenza un apribocca per divaricare le arcate dentarie allo scopo di un'esame del cavo faringeo.

Alcune particolarità sintomatologiche presentate dalla p. quali il trisma assai spiccato

(*) Comunicazione fatta alla Società Medico-Chirurgica della Romagna, seduta scientifica 16 dicembre 1934.

e la contrattura dei muscoli della nuca che non fanno parte del comune quadro clinico delle cosidette sindromi timiche rendono ancora più interessante il caso osservato e ci obbligano a prendere in considerazione eventuali rapporti di correlazione disfunzionale con altre ghiandole a secrezione interna.

Credo quindi opportuno illustrare dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico il caso osservato nella Sez. medica dell'Ospedale di Rimini rendendo le più vive grazie al mio primario prof. Sega per l'aiuto ricevuto nello studio del caso seguente.

G. R., di anni 6, da Rimini.

Anamnesi famigliare. Genitori viventi e sani. Di 7 fratelli della p. 4 sono morti. Uno di polmonite all'età di 4 anni, un altro ad un anno per gastroenterite. Due altri *improvvisamente*, uno a 17 mesi, l'altro a 2 anni senza alcuna manifestazione morbosa apprezzabile, anzi uno di essi in braccio alla madre mentre essa si trovava per strada.

Anamnesi personale. All'età di 6 mesi soffrì di polmonite della quale guarì in 10 giorni circa. Nei primi anni di vita quantunque non abbia avuto malattie vere e proprie la p. è cresciuta con spiccate note di linfatismo e con i segni di una ipertrofia di tutto l'anello linfatico di Waldeyer. Riferiscono i genitori che la bimba dormiva sempre a bocca aperta ed andava spesso soggetta a raffreddori e tosse. La malattia attuale risale al 1° gennaio 1934, epoca in cui la p. si mise in letto con tosse e un po' di febbre che si dileguarono in pochi giorni. L'8 gennaio di mattino mentre ancora era in letto, la p. fu colta da un accesso di laringospasmo per cui rimase senza respiro per alcuni istanti e poi tutto scomparve.

Il giorno successivo la p. manifestò trisma.

Non potendo aprire la bocca emetteva dalle commessure labiali saliva mista a sangue.

In queste condizioni viene ricoverata d'urgenza nella sezione medica dell'Ospedale il giorno 10 gennaio di mattino.

All'ingresso la p. presenta: Lieve cianosi delle labbra e dei pomelli. Contrattura dei muscoli della nuca; notevole trisma, dispnea, stridore respiratorio, febbre 38°, coscienza integra. Nulla di particolare rilievo a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio, dell'addome e del sistema nervoso.

Invitata ad aprire la bocca le è impossibile compiere quest'atto.

Allora con un apri-bocca si tenta divaricare leggermente le arcate dentarie il che riesce.

Non appena però le viene applicato sulle labbra l'abbassalingua la p. diviene cianotica e apnoica. Tolto immediatamente l'apribocca si tenta ogni mezzo per rianimare la p. (respirazione artificiale, trazione ritmica della lingua, iniezione intracardiaca di adrenalina).

Tutto è vano, la p. viene a morte in pochi secondi.

* * *

Sorpresi di fronte a tale improvviso accidente durante l'esame obiettivo della nostra p. pochi minuti dopo l'ingresso in Ospedale senza che alcuna causa efficiente risultasse capace di determinare la morte istantanea della piccola inferma, si tentò di interpretare, prima ancora di procedere alla autopsia, il meccanismo della morte sulla scorta dei dati anamnestici ed obiettivi.

Fra le condizioni morbose capaci di determinare la morte improvvisa quelle che maggiormente meritano di essere prese in considerazione nel nostro caso sono le seguenti:

La frattura o lussazione delle prime vertebre cervicali prima fra queste l'atlante, e quindi di conseguenza paralisi bulbare per compressione o schiacciamento.

Tale supposizione diagnostica non può essere presa in considerazione nel nostro caso perchè nulla risulta dall'anamnesi e dall'esame obbiettivo che richiami l'attenzione su eventuali lesioni a carico del primo tratto della colonna cervicale.

L'edema della glottide. — Quantunque non sia stato possibile l'esame laringoscopico pure lo si può escludere nel nostro caso per la mancanza di qualsiasi precedente infettivo od anafilattico nella storia della p. capace di determinare la sindrome suddetta.

L'ascesso retro faringeo o peritonsillare che improvvisamente apertosi si fosse vuotato nelle vie respiratorie provocando la morte per soffocazione. Ma nella nostra p. non esistevano segni di raccolta retro faringea o peritonsillare.

L'ascesso ossifluente da carie delle prime vertebre cervicali e quindi paralisi bulbare da compressione. Ma anche questo quesito diagnostico deve essere scartato perchè la p. non era affetta da morbo di Pott cervicale.

Una preesistente *affezione cardiaca* sopratutto *mitralica* per cui si fosse determinata improvvisamente una trombosi dell'orecchietta. Ma l'esame dell'apparato cardio-vascolare non rilevò nulla di anormale a carico del cuore e dei grossi vasi.

Non esistevano d'altra parte segni di lesione dell'apparato circolatorio tali da giustificare la morte per emorragia cerebrale cospicua con inondazione ventricolare.

Escluse le condizioni morbose sopradescritte come responsabili della morte improvvisa della p. si diede valore ad alcuni dati anamnestici apparentemente trascurabili che uniti a quelli obiettivi ci aprirono la via ad una giusta interpretazione diagnostica.

Dobbiamo ricordare che dall'anamnesi risulta come anche due fratelli della p. mori-

rono in tenera età *improvvisamente* senza alcuna causa morbosa apparente. Lo stato linfatico della piccola inferma rappresenta il substrato patologico preesistente all'ingresso in Ospedale di essa e alla insorgenza delle prime manifestazioni morbose (laringospasmo, stridore respiratorio).

Si pensò quindi alla possibilità di una *iperplasia del timo* e di conseguenza ad *una mors timica.*

Ad essa, probabilmente, era da riferirsi la morte dei piccoli fratelli.

Tale supposizione diagnostica acquistò quasi valore di certezza quando l'indagine radiografica del torace, cui furono sottoposti i due fratelli della piccina, mostrò in uno di essi una notevole iperplasìa del timo senza alcuna manifestazione clinica morbosa.

Restava da interpretare la causa occasionale dell'improvviso decesso rappresentato dall'applicazione di un apribocca.

Scorrendo la letteratura in proposito è facile convincersi come la morte in soggetti affetti da iperplasìa del timo possa verificarsi anche in seguito al più banale intervento sia medico che chirurgico.

In un caso di Pott (citato da Pende) un bimbo viene a morte mentre il medico gli introduce in bocca un abbassalingua.

In un caso di Thursfield un bimbo di 13 mesi entrato il giorno antecedente in Ospedale per scrofolosi o tetania intanto che il medico si appresta ad esaminarlo, si mette a sedere sul lettino e mentre gli occhi divengono fissi, il corpo cianotico, il respiro cessa e in trenta secondi il piccolo p. muore.

In un caso di Humpkry, un giovane di 28 anni mentalmente deficiente, ma fisicamente robusto entra nel bagno assistito da un servo. Dopo due minuti impallidisce, il p. che era seduto si riversa supino perchè la morte lo ha già colto.

In un caso pubblicato da Pende, una ragazza di 11 anni robusta e muscolosa dopo poche ore da una anestesia di breve durata per l'asportazione di un piccolo sequestro osseo del femore morì improvvisamente. Altre volte v'è una apparente causa occasionale ma d'importanza secondaria.

Come cause occasionali sono citate anche le anestesie a scopo chirurgico.

La morte improvvisa avviene o durante la narcosi o subito dopo sia che si tratti di anestesia cloroformica o eterea; alle volte anche per anestesia locale con novocaina.

In altri casi la morte avviene durante malattie infettive acute o per scottature o per un'iniezione di siero. (Pende).

Esame necroscopico. — Aperto il torace si scorge la massa del timo che appare ipertrofico, lungo 7 cm. e del peso di gr. 30 (vedi fig. 1).

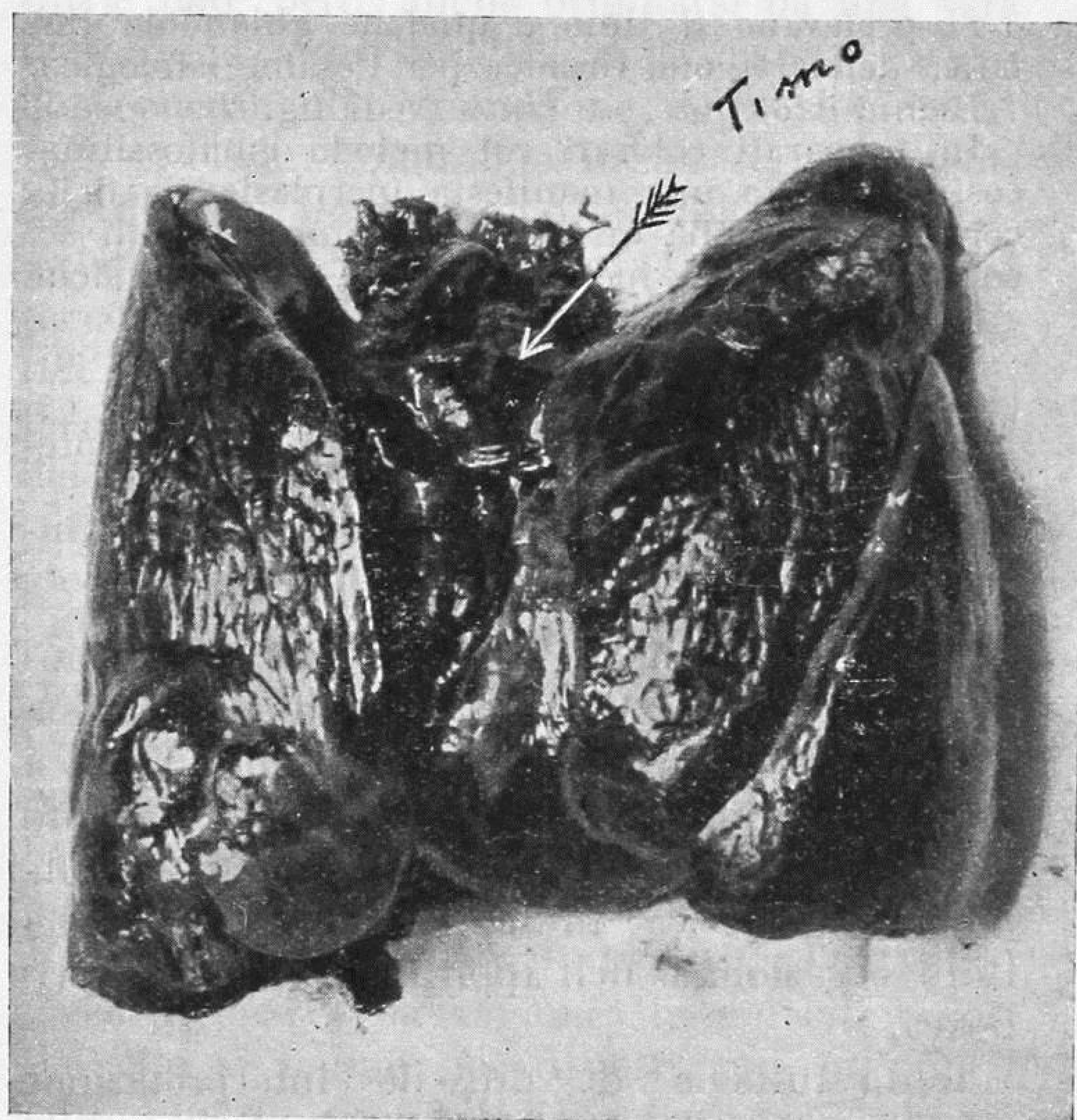


FIG. 1.

Cuore piccolo, miocardio flaccido, peso gr. 80. Nulla di patologico all'esame dei vari orifizi valvolari.

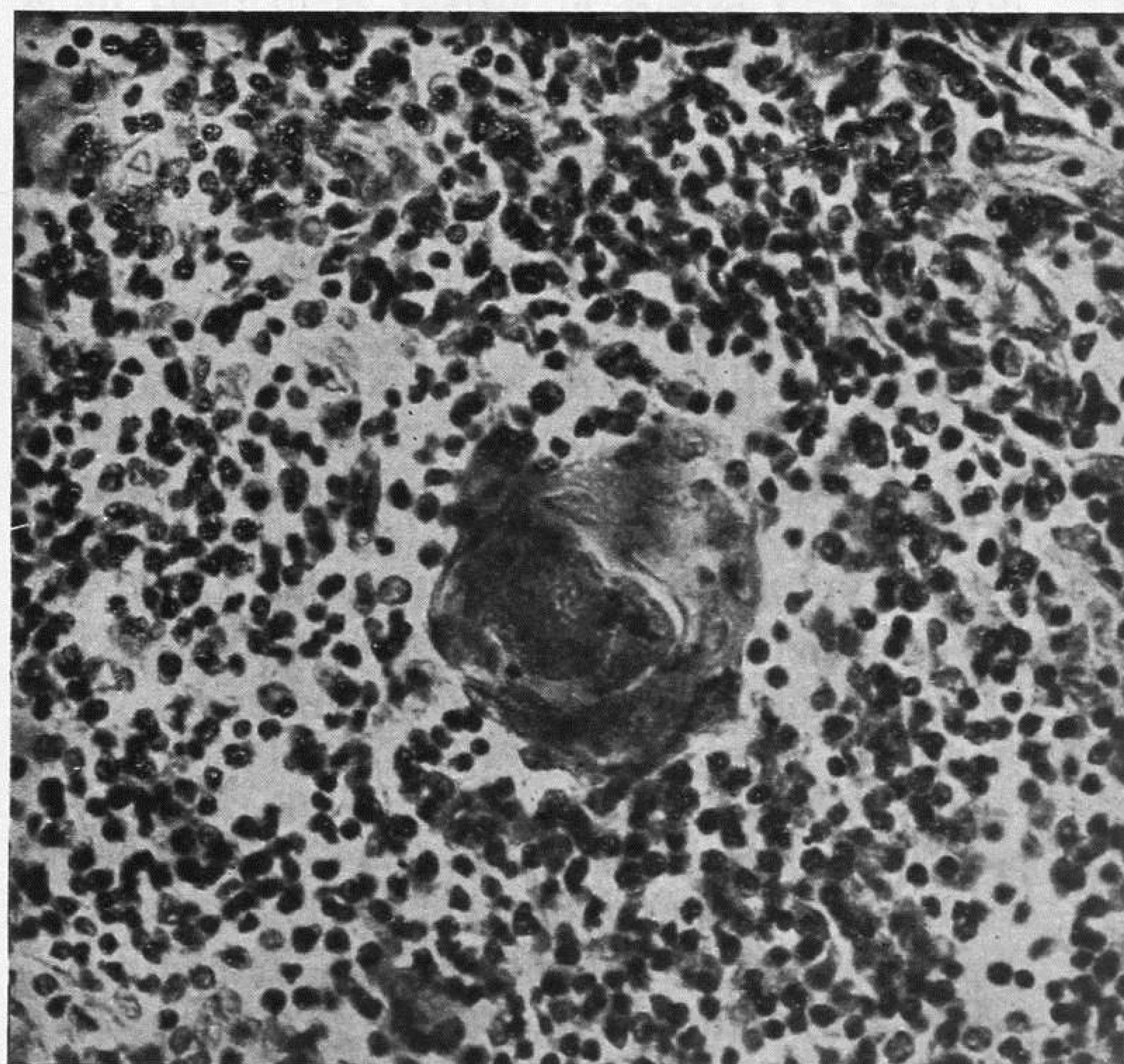


FIG. 2.

Polmoni integri.

Nulla all'esame della colonna vertebrale esplorata anche nel segmento cervicale.

Spiccata ipertrofia di tutto il sistema linfatico del naso faringe.

Nulla a carico della laringe e trachea.

Tiroide e paratiroidi macroscopicamente normali.
Nulla di patologico all'esame del cavo addominale.
Si prelevano il timo e qualche ghiandola linfatica della regione tiroidea per l'esame istologico.
Esame istologico. — *Timo* (vedi fig. 2).
In preparati colorati col metodo ematossilina-eosina si nota una manifesta iperplasia sia della corticale che della midollare dei singoli lobuli accoppiata ad una iperemia vasale ed a qualche emorragia.
Frequenti i corpuscoli di Hassal e frequenti anche le cellule eosinofile.
Ghiandola linfatica della regione tiroidea (preparati colorati col metodo ematossilina-eosina).
Notasi notevole proliferazione dei follicoli linfatici ed una cospicua congestione vasale.

Documentata in tal modo col reperto di autopsia l'esistenza di una notevole iperplasìa del timo, la diagnosi clinica di mors timica nella nostra p. ci rende perfettamente conto del quadro sintomatologico presentato e della morte improvvisa in seguito alla causa del tutto occasionale dell'applicazione di un apribocca.

Resta tuttavia di difficile interpretazione perchè non rientra nel quadro clinico comune dell'iperplasìa timica, il trisma veramente notevole e persistente presentato dalla piccola inferma e la contrattura dei muscoli della nuca.

Restano escluse le affezioni di *natura traumatica, infiammatoria e neoplastica dell'articolazione temporo-mandibolare* e così pure le *contratture muscolari da meningite, encefalite, morbo di Parkinson, eclampsia, corea, epilessia, il trisma dell'infezione tetanica, dell'avvelenamento da stricnina* per la assoluta assenza delle condizioni morbose suddette.

È da vedersi quindi se per caso il trisma osservato nella nostra inferma affetta da iperplasia timica non fosse da riferirsi a partecipazione disfunzionale di qualche altra ghiandola a secrezione interna di quelle che l'osservazione clinica e sperimentale ha dimostrato in correlazione funzionale col timo stesso.

Sono noti i rapporti fra timo e ghiandole genitali: involuzione del timo nel periodo di attività genitale (Harms) ipertrofia quando la attività genitale è soppressa.

Rapporti esistono fra timo e ghiandola tiroide. Alcuni AA. (Matt) hanno descritto una ipertrofia della tiroide laddove veniva a cessare l'influenza secretoria del timo, altri invece diminuzione del peso della tiroide (Hart-Nordmann) degli animali timectomizzati.

Un effetto timo deprimente esercitano le capsule surenali.

Infatti in seguito all'estirpazione di entrambe le capsule surrenali in adatti animali da esperimento tanto la corteccia quanto il midollo del timo si ipertrofizzano.

E così uguali rapporti sono stati osservati fra timo e ipofisi.

Nella malattia di Simmond si ha una involuzione del timo (Klemperer).

Quanto ai rapporti fra timo e paratiroidi, Uhlenhut ammette un antagonismo timo paratiroideo.

Egli infatti ha determinato nelle larve di salamandra la tetanìa paratireopriva alimentandole col timo, nel periodo larvale in cui esse presentano sviluppato il timo.

Ora se noi basandoci su questi dati sperimentali ammettiamo in via d'ipotesi che l'ipertrofia del timo possa determinare uno stato di insufficenza paratiroidea, noi possiamo interpretare il trisma e la contrattura dei muscoli della nuca presentati dalla nostra p. come una manifestazione mono-sintomatica di uno stato d'insufficienza paratiroidea collegata con l'ipertrofia timica che è stata dimostrata nella nostra p.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di morte improvvisa avvenuta in una bimba di 6 anni in seguito all'applicazione di un apribocca per l'esame del cavo orale.

In base ai dati clinici e col sussidio anatomo-patologico l'a. discusse ed eliminate le altre contingenze morbose capaci di determinare la morte improvvisa, interpreta la genesi di essa come dovuta ad un'ipertrofia del timo (mors timica).

Per l'interpretazione di alcune particolarità sintomatologiche quali il trisma e la contrattura dei muscoli della nuca che non fanno parte del comune quadro clinico della mors timica, ammette in via di ipotesi una compartecipazione di-sfunzionale delle paratiroidi dati i rapporti di antagonismo esistenti fra timo e paratiroide.

BIBLIOGRAFIA.

ASCHOFF. *Anatomia patologica.* U.T.E.T.
PENDE. *Endocrinologia*, voll. 1° e 2°. Edit. Vallardi, 1933.
POTT. Citato da PENDE. *Endocrinologia.*
THURSFIELD. Ibid.
HARMS. Ibid.
MATT. Ibid.
HART-NORDMANN. Ibid.,
KLEMPERER. Clinica Medica, vol. 8, pag. 443.
UHLENHUT. Citato da PENDE. *Endocrinologia.*
HUMPKRY. Citato da PENDE. Minerva Medica, n. 49, dicembre 1934, pag. 786.

RIVISTE GENERALI

SANATORIO PROVINCIALE ANTITUBERCOLARE
« VILLA DEI PINI » - LONGIANO

Sui moderni mezzi di terapia dell'emottisi.

Dott. LUIGI CAPALDO, Direttore.

La grave complicazione che, nel corso di una tubercolosi polmonare, è rappresentata dall'emissione di sangue dalla bocca, per la drammaticità del suo manifestarsi all'improvviso, per l'esito letale che talvolta può ad essa seguire più o meno immediatamente, per i danni lontani che possono derivarne; l'ansietà stessa del medico di portare aiuto al malato nel modo più rapido possibile, fanno sì che i mezzi studiati per frenarla possono dirsi praticamente infiniti. Ma lo stesso grandissimo numero dei farmaci proposti e dei mezzi fisici impiegati depone per la loro scarsa efficacia, perchè è sempre vero, che, quando per una malattia o per un qualsiasi fenomeno morboso, si propongono molti rimedi, vuol dire che nessuno di essi è sicuramente efficace, almeno in tutti i casi. In particolare poi questo s'intende facilmente per l'emottisi, che, essendo un sintomo più che una malattia, e dipendendo, anche nel solo campo della tubercolosi polmonare, da condizioni patogenetiche diverse, non può evidentemente essere vinta sempre dallo stesso rimedio.

Sicchè ancor oggi in complesso regna un certo scetticismo in materia, malgrado che alcuni mezzi terapeutici più recenti sembrano costituire un reale progresso della terapia, stando almeno alle affermazioni di quelli che li hanno ideati e più o meno largamente sperimentati. Di essi ci occupiamo nella presente nota, spiacenti di dover assumere spesso un atteggiamento critico, quale però la osservazione e l'esperimento ci suggeriscono.

* * *

Sarà bene, però, premettere, nel modo più breve possibile, alcune nozioni sulla patogenesi dell'emottisi, appunto nell'intento di ricordare come questa ubbidisca a fattori patogenetici assai diversi e che sono di un duplice ordine: anatomico e funzionale. D'ordine anatomico sono quei processi di angioite, abbastanza frequenti nel corso della tubercolosi polmonare, i quali portano talvolta direttamente alla erosione della parete con conseguente emorragia: altre volte invece, avvenuta la lesione delle tuniche vascolari, protundono attraverso di essa delle false membrane, che assumono aspetto aneurismatico. Si costituisce così l'aneurisma di Rassmussen, il quale può, però, anche originarsi da una vera dilatazione aneurismatica della parete vasale, conseguente alla distruzione della sua armatura elastica. Comunque in un secondo tempo, quando intervengono modificazioni tensive di una certa importanza nell'ambito del piccolo circolo, l'aneurisma può rompersi. In tali casi l'emottisi è assai grave; tale da determinare, a volte in modo subitaneo, la morte dell'infermo.

Più di frequente però il processo di endoangioite porta alla obliterazione del vaso, per prolificazione dell'intima se è un'arteria o per trombosi se è una vena. Si originano così fatti di iperemia collaterale, perchè nei vasi posti a tergo del punto ostacolato, vige una maggiore pressione che può facilmente determinare piccole emorragie. Sono quelle che il Morelli chiama emottisi passive. Lo stesso meccanismo ci da ragione delle facili emottisi che si hanno nei fibrosi, con in più il fatto che le neoformazioni vascolari, che si formano intorno alle connettivazioni tubercolari, sono spesso importanti ed ectasiche ed hanno tuniche ad imperfetta costituzione, onde è più facile la fuoriuscita del sangue.

Un altro meccanismo dell'emottisi, sul quale in particolare insiste la scuola del Morelli, è l'eventuale squilibrio tra pressione dell'aria interna e dell'aria esterna, « quale avviene per ispirazioni violente e glottide chiusa o per stenosi da essudati o neoplasmi delle grandi vie respiratorie. In tal caso il bisogno di respirare provoca contrazioni violente dei muscoli respiratorii; allora il polmone si dilata forzatamente, così si provoca una rarefazione tale dell'aria in esso contenuta, che la pressione interna dei vasi sanguigni viene a superare di gran lunga la pressione intraalveolare; perciò il sangue affluisce in essi in gran copia, determinando prima l'iperemia e poi l'emorragia più o meno cospicua ». (Morelli).

Quando la stenosi interessa un piccolo bronco, nell'ispirazione il distretto polmonare corrispondente resta atelettasico ed entra in giuoco la supplenza funzionale delle altre parti del polmone. Se però un'aderenza pleurica sollecita la dilatazione passiva del distretto polmonare corrispondente al bronco stenotico, può aversi in tutta la sua portata un meccanismo identico a quello sopradescritto e quindi la possibilità di identici effetti.

Indubbiamente però entrano in giuoco nel determinismo dell'emottisi anche altri diversi

fattori costituzionali, endocrini, nervosi, stagionali; che ci sono solo imperfettamente noti e modificazioni della stessa crasi sanguigna, in parte certamente dipendenti dai fattori anzidetti, ma che neanche conosciamo in tutta la loro portata.

* * *

Noi non staremo a riportare le moltissime classificazioni dell'emottisi, da quelle più antiche dell'Andral, del Peter, ecc. sino a quelle più recenti di Bezançon, del Dumarest, del Giraud, del Ponticaccia, di Pontiggia e Vascellari. Tale rivista uscirebbe dai limiti imposti alla presente nota, rivolta sopratutto a illustrare nei loro effetti, i più moderni mezzi di terapia dell'emottisi. Ma poichè pensiamo che una delle ragioni dell'insuccesso in alcuni casi, di quegli stessi mezzi terapeutici, che altre volte svolgono tutta la loro efficacia, dipenda appunto dal fatto che il medico adopera un po' alla cieca, l'una dopo l'altra, le armi a sua disposizione, secondo criteri di opportunità contingente, senza tentare di individuare prima il tipo dell'emottisi in atto, tenteremo di seguire una classificazione molto semplice, da servire sopratutto al fine della terapia.

Sembrerebbe opportuno, sotto tal punto di vista, distinguere così le emottisi:

1) Emottisi dell'inizio.
2) Emottisi dei fibrosi.
3) Emottisi nel corso della tisi fibrocaseosa comune.

1) *Emottisi dell'inizio.*

Essa costituisce il primo segno di malattia in individuo che è stato sempre bene e non ha mai sospettato di essere ammalato di tubercolosi.

Sono possibili due casi: trattasi spesso della cosidetta tubercolosi abortiva di Bard e Neumann, o emottisi abortiva, come meglio la definisce Omodei-Zorini, oppure di una vera lesione iniziale, spesso del tipo dell'infiltrato precoce o della lobite, che sta per entrare in fase ulcerativa.

Nel primo caso trattasi o di neoformazioni vascolari dell'apice, oppure di un piccolissimo follicolo tubercolare, ai limiti della visibilità radiologica, che sviluppatosi sulla parete di un vaso l'ha erosa, causando l'invasione nelle vie bronchiali del sangue fuoriuscito. L'esame clinico in tali casi è solitamente muto o permette appena di rilevare qualche sfregamento pleurico dell'apice: anche l'esame radiologico non consente di solito il rilievo di modificazioni evidenti della normale trasparenza polmonare, anche se eseguito in epoca assai vicina al momento dell'emottisi.

Sono di solito incidenti emottoici che più non si ripetono, che non si ripercuotono sulle condizioni generali dell'infermo, non sono mai seguiti da febbre, e quel che più conta non rappresentano affatto la spinta ad una ulteriore evoluzione della malattia.

Constano in generale di pochi sputi emottoici; qualche volta però sono abbondanti ed anche abbondantissime, tanto da mettere in pericolo la vita dell'infermo.

Altre volte invece, come abbiamo già detto, è una vera lesione evolutiva in incipiente cavernizzazione, che si annuncia con l'episodio emottoico.

Di solito in questi casi ha preceduto da poco una ricorrenza febbrile, a tipo pseudo-influenzale, o altre volte l'astenia ed il dimagramento accompagnati da inappetenza e da una tossicola insistente con scarsissime espettorazioni. L'emottisi è di solito piuttosto abbondante, immancabilmente seguita da febbre, e da una disseminazione, più o meno discreta, di nuovi focolai, che possono regredire, ma spesso mettono capo ad una vera broncopneumonite da aspirazione. In tali casi la sintomatologia è meno muta ed è di solito possibile il rilievo di fatti umidi, non solo nella circoscritta zona che è sede della lesione, ma anche in sede del focolaio aspirativo. E poichè questo talvolta, se pure non di frequente, è controlaterale, i sintomi con i quali si palesa, potrebbero trarre in inganno circa il punto di provenienza dell'emottisi; ma due criteri possono, in tal caso, essere di aiuto: da un lato i fatti aspirativi sono in genere basilari, mentre il focolaio di origine è delle parti alte; dall'altro, mentre a livello della lesione è riscontrabile una riduzione di suono più o meno marcata, sul focolaio di aspirazione si ha invece alla percussione un suono timpanico. Su questo punto insiste in particolar modo il Morelli, il quale anzi afferma che, in tali casi, mentre l'orecchio può trarre in inganno, il dito percussore non mentisce mai.

2) *Emottisi dei fibrosi.*

Trattasi di incidenti a ripetizione, che si hanno frequentemente in individui di aspetto florido e che non presentano gravi segni di malattia.

L'emissione di sangue interviene senza disturbi prodromici, in genere non è accompagnata da febbre, non provoca estensione delle lesioni e consente un rapido ritorno all'equi-

librio anteriore. Dipendono esse da quella iperemia collaterale, di cui abbiamo parlato, o, altre volte, da rottura di neoformazioni vasali. In questo caso possono essere anche abbastanza imponenti e soggette a ripetersi per più e più giorni.

3) *Emottisi evolutiva nel corso della tisi fibrocaseosa comune.*

Queste si accompagnano ad un corteo sintomatico, più o meno imponente, il cui segno principale è costituito dalla febbre e sono costantemente seguite da fatti di disseminazione broncogena omo o controlaterale. Provengono spesso da focolaio caseoso per rottura di una arteriola non obliterata, oppure dipendono anche esse da iperemia collaterale.

Ricordiamo in particolare la forma congestizia di Bard, nella quale si tratta di ammalati in cui, mentre all'inizio l'emottisi si accompagna ai segni clinici di una ripresa evolutiva, dopo breve tempo, talora dopo qualche giorno, tutto ritorna allo stato di prima, salvo a riprendere dopo qualche tempo con un identico corteo sintomatico.

Altre volte, infine, nel corso della tisi, l'emottisi proviene da una caverna e dipende o da un'emorragia a nappo delle pareti della stessa, per effetto di fenomeni congestizii, o dalla rottura di un aneurisma di Rassmussen.

* * *

Da tali considerazioni patogenetiche nascono dei corollari terapeutici di non poca importanza.

È evidente che un'emottisi proveniente dalla rottura di un aneurisma di Rassmussen o di una grossa neoformazione vasale, presenta ben diversa gravità di quella dipendente da fenomeni congestizi o di iperemia collaterale. Pure, anche esse, piuttosto raramente causano la morte dell'infermo, che anzi, di solito, in seguito alla copiosa emissione di sangue si hanno modificazioni tensive del piccolo circolo, che facilitano i processi di vasocostrizione per i riflessi neuromotori, che regolano l'ampiezza del letto circolatorio a seconda del volume di sangue in esso contenuto.

È assai frequente, però, che dopo una momentanea sosta si abbia una ripresa dell'emottisi, appena la pressione sanguigna è risalita ai valori precedenti. Questo spiega i benefici effetti del salasso, conosciuti già al tempo di Laënnec, della legatura degli arti, della ventosa di Jounod e di tutti i farmaci vasodilatatori. Minore importanza ha invece l'apporto di farmaci coagulanti, i quali vengono fortemente diluiti nella corrente sanguigna e possono, se mai, giovare in un secondo tempo, durante la sosta, per rendere più stabile il coagulo. Ma certamente è anche possibile ottenere l'emostasi, almeno temporanea, mediante la provocazione di riflessi neurovasocostrittori, a sede broncopolmonare, anche con stimoli a distanza. Citiamo ad esempio la possibilità dimostrata dal Trepiccioni di ottenere momentanei arresti, mediante la stimolazione meccanica da compressione del fascio nerveo vascolare del collo, per effetto di azioni riflesse, vasomotorie e depressorie, originantesi nella parete dei seni carotidei.

Del pari un meccanismo riflesso deve entrare in giuoco negli effetti al più spesso transitorii, che seguono alle istillazioni di farmaci in trachea, secondo il metodo di Giuffrida, modificato dal Galli e dal Trepiccioni. Poichè mentre certamente, con tale mezzo, si provoca una potente stimolazione della ricca rete nervosa della laringe, della trachea e dei grossi bronchi, capace di indurre riflessi vaso-coscrittori, non ci sembra affatto dimostrato, malgrado le contrarie esperienze di Guyot e di Guieysse-Pellissier, che un liquido instillato in trachea, in quantità abbastanza scarsa, arrivi fino alle ultime diramazioni bronchiali e sino alle cavità alveolari ad esercitarvi un azione di contatto. Notiamo intanto che con le istillazioni di Lipiodol, di cui pure si immette ben maggiore quantità, (fino a 40 cc.) questo effetto non si vede, sopratutto poi esso manca nelle parti più alte del polmone, che rappresentano la sede più frequente delle emottisi. Si vedono, è vero, alcune piccole zone opache che dimostrano che alcune cavità alveolari si sono riempite con lipiodol, ma una più vasta zona di parenchima, anzi la maggior parte, è perfettamente trasparente; e fortunatamente è così dobbiamo aggiungere: che se veramente il liquido iniettato si diffondesse in tutte le più fini diramazioni bronchiali e bronchiolari sino agli alveoli, si pensi al rilevante disturbo respiratorio che ne deriverebbe, simile a quello risultante dalla cosidetta bronchite o bronchiolite capillare. Inoltre in tali casi si avrebbe il reperto radiologico di un ombreggiamento uniforme, oppure di un picchiettamento di piccole ombre, simili a quelle della tubercolosi miliare o di una broncopolmonite disseminata. Nulla di questo si vede di solito con la istillazione di lipiodol, che pure è fatta, ripetiamo, con quantità di liquido ben maggiori. Si rifletta anche che, quando si istilla un liquido in trachea, per via sopraglottidea o transglottidea, si fa compiere di

solito una profonda inspirazione all'ammalato che fatalmente fa dirigere il liquido iniettato verso le parti basali del polmone, assai più ampiamente dotate di capacità inspiratoria: ad ogni modo, certamente con esclusione delle parti ammalate, che, per essere infiltrate tale capacità inspiratoria presentano fortemente ridotta. E finalmente, anche ammettendo che più per fortuita combinazione, che per altro, una qualche gocciolina di adrenalina o di liquido coagulante arrivi al punto sanguinante, è logico ammettere una azione emostatica così rapida, da mettere fine ad una copiosa emissione di sangue o non è invece più logico ritenere, che queste goccioline vengano asportate dalla corrente sanguigna e non riescano ad esercitare alcun effetto? Se poi trattasi di emottisi dipendenti da neoformazioni vasali dell'apice, il che è molto frequente, può l'istillazione arrivare in un punto così distale?

Se quindi l'istillazione endotracheale provoca buon effetto in alcuni casi, trattasi di pura azione riflessa, tanto è vero che essa può ottenersi anche con istillazioni in trachea di semplice acqua distillata, come hanno tentato Pennetti e Gianelli e il D'Angelo nella stessa clinica di Palermo.

Ci sembra, però, che per ottenere un riflesso, con gli effetti transitorii, che dalle azioni riflesse di solito derivano, non sempre convenga aggredire la via endotracheale, che è di incomodo accesso, che comporta manovre di per sè capaci di aggravare l'emottisi, ed infine presenta il pericolo di facilitare l'apporto del sangue verso le parti basali del polmone, col successivo insorgere della broncopolmonite da aspirazioni. E questo prescindendo dall'azione dell'adrenalina, sulla cui efficacia terapeutica è lecito sollevare ben fondati dubbi, come anche il Sergent afferma, perchè questo farmaco, elevando la pressione e producendo una vasocostrizione troppo brusca, « rischia di favorire l'accidente che si vuole con esso frenare ».

Assai più semplice e comodo ci sembra che si presenti invece il metodo dell'iniezioni sottocutanee di ossigeno di recente proposto dal Courcoux. Noi possiamo unire il nostro giudizio affermativo a quello degli altri che lo hanno sperimentato; non possediamo però ancora una così larga casistica, che valga la pena di rendere di pubblica ragione. Pensiamo però che, anche ad esso, non possa domandarsi più di quanto logicamente può dare, e cioè soste momentanee nei casi più gravi, e l'emostasi definitiva solo nelle emottisi più leggere. Anche nel benefico effetto delle iniezioni di ossigeno deve entrare in giuoco in gran parte un meccanismo riflesso. Ma, oltre a questo, è probabile che intervengano anche altri fattori; si può, ad esempio, immaginare che nel punto di contatto del gas con i tessuti venga richiamata una maggiore irrorazione sanguigna e che questa porti ad uno scarico circolatorio del viscere. Questa azione è esercitata in particolar modo dall'ossigeno per la fame di esso che hanno i globuli rossi. Ciò spiegherebbe la maggiore efficacia delle iniezioni di ossigeno in confronto con quelle di aria ed anche perchè esse riescono abbastanza efficaci anche se praticate in altre parti del corpo. Inoltre non poca immportanza ha forse la limitazione dei movimenti respiratorii, provocata dal vivo dolore causato dall'enfisema sottocutaneo. Ipotesi forse azzardate e che ad ogni modo meritano certo maggior vaglio di critica.

Anche l'autoemoterapia è stata di recente largamente sperimentata nella cura delle emottisi. Favorevoli risultati ne hanno riferito fra gli altri l'Ardizzone, il Trevisanello, il Facchini, il Figari ed il Melani. Nei pochi casi nei quali noi l'abbiamo sperimentata non ne abbiamo visto risultati assolutamente convincenti; ad ogni modo, per quello che si sa, dobbiamo ammettere che la sua efficacia è in funzione dell'effetto ipotensivo, che si ottiene con l'iniezione di autosangue e che è stato largamente sfruttato anche per gli stati di ipertensione cerebrale. Un dato notevole è stato di recente riferito da Buscaino e Longo ed è che l'effetto ipotensivo è non solo abbastanza costante ed immediato, ma anche duraturo. In due casi infatti di questi autori l'abbassamento della pressione durava ancora al 36° ed al 112° giorno dal trattamento. Per questa sua efficace azione depressoria è probabile quindi che l'autoemoterapia eserciti realmente un certo vantaggio nella cura dell'emottisi. Abbiamo più volte detto come la maggior parte di esse cessino spontaneamente, almeno per il momento, per il solo fatto della caduta della pressione sanguigna conseguente alla perdita di sangue. L'iniezione di autosangue, mutando tale transitorio effetto in un più stabile stato, può quindi realmente giovare. Del tutto problematica ci sembra invece una sua diretta azione favorente il meccanismo della coagulazione, se l'introduzione anche copiosa di farmaci diretti a tale scopo, rimane di solito senza efficacia.

Tentativi recenti sono stati fatti anche mediante la trasfusione sanguigna. Al largo impiego di questo mezzo si oppone innanzi tutto

la difficoltà pratica di avere a pronta disposizione un datore di sangue, nè ci sembra abbastanza dimostrata l'azione coagulante di essa.

Secondo il Wildegans nel processo di emostasi la maggiore importanza spetta al fibrinfermento, il quale solo è capace di eccitare il sistema vasale, mentre scarsissima importanza avrebbe il fibrinogeno. Con la trasfusione di sangue si otterrebbe appunto di introdurre fibrinfermento allo stato fresco, il che non è possibile con i vari sieri emostatici. Dobbiamo notare però che anche molti preparati del commercio sono a base di fibroenzima e non mostrano peraltro una chiara efficacia nel favorire i processi di emostasi. È evidente poi che dalla trasfusione di una abbondante quantità di sangue può, in qualche caso, derivarne danno, perchè essa riporterà in alto i valori della pressione, con che molto probabilmente si ricostituiranno quelle condizioni di circolo, che sono state appunto tra le cause prime dell'emottisi. Comunque dobbiamo dire che di tal mezzo non abbiamo personale esperienza; ci sembra tuttavia che esso possa meglio entrare in campo, in un secondo tempo, onde riparare allo stato di grave anemia dipendente dalla perdita di sangue, ma che la sua efficacia come mezzo emostatico meriti più largo esperimento.

* * *

Concludendo non si può dire che la terapia dell'emottisi abbia fatto sensibile progresso negli ultimi tempi.

Bisogna considerare che solo raramente essa è, di per sè stessa, mortale, perchè la quantità di sangue emessa, in genere non è tale da comportare immediato pericolo di vita; pertanto la vecchia pratica dell'assoluto riposo dell'infermo e la larga somministrazione di oppiacei, già bastano ad indirizzare il decorso dell'emottisi verso quella graduale diminuzione sino alla scomparsa, che è il suo esito più comune. Se la perdita di sangue è abbondante e se ne ignora il punto di provenienza o per altre ragioni è impossibile il pnx il miglior mezzo allo stato attuale per provocare, mediante un fenomeno riflesso, l'arresto dell'emorragia è rappresentato dalle iniezioni di ossigeno praticate nelle regioni sopramammarie di ambo i lati.

Se però trattasi di una lesione evolutiva o di una emottisi proveniente da una caverna meglio è non perdere tempo in inutili tentativi ed attuare senz'altro il pnx emostatico, o, nella impossibilità di questo, la frenicoexeresi. Anche con questa infatti possono ottenersi brillanti risultati, come giustamente afferma il Micheli e come oggi è di opinione comune. Con i mezzi collassoterapici si ottengono, infatti, molteplici effetti che non è possibile ottenere per altra via, e che consistono principalmente nella diminuzione del trauma respiratorio a livello della lesione e nello scarico della portata sanguigna del ventricolo destro, perchè attuato il pnx o la fr. ex. e diminuita quindi la attività inspiratoria, viene anche a diminuire l'azione agevolante esercitata dall'ispirazione sullo scarico delle cave. Nè è escluso, almeno per il pnx., il possibile intervento di fattori riflessi, che portano all'abbassamento della pressione sanguigna per effetto della prima introduzione di gas. Va poi ricordato che non è piccolo vantaggio dei mezzi collassoterapici l'ostacolo da essi apportato al costituirsi di focolai di broncopolmonite aspirativa, la quale rappresenta in ultima analisi il vero e più grave pericolo derivante dall'emottisi.

RIASSUNTO.

L'A. passa in rassegna, alcuni tra i più recenti mezzi di terapia dell'emottisi; cerca di metterne in luce inconvenienti e vantaggi e finalmente riafferma che anche nella cura di questo accidente, come in tutto il campo della tubercolosi polmonare, il primo posto spetta sempre ai mezzi collassoterapici: in primo luogo al pnx e in caso di sua impossibilità alla frenicoexeresi, che anche esercita notevole influenza.

LAVORI CONSULTATI.

BENDA. Ann. de Méd., 1930.
BORSALINO. Lotta contro la tbc., 1931, 10
BOSSAN e GUIEYSSE. C. R. Soc. Biol. de Paris, 1920.
BRÉE. *Étude critique et expérimentale sur les injections intra-trach.*, 1920.
BUSCAINO e LONGO. Bollett. della Soc. Med. Chir. di Catania, 1935.
CANELLA. Riv. It. di Terapia, 1933.
CAUSSADE. Presse Médicale, 1922.
COSTANTINI e REDAELLI. *Atlante clin. e rad. della tbc.* Bologna, 1932.
COURCOUX. Presse Médicale, 1934, 53.
CURSCHMANN. Deut. Med. Woch., 1934.
D'ANGELO. Policl., Sez. Prat., 1934.
FICI. *L'emottisi.* In *La tisiologia nella prat. med.*, 1933.
GALLI. Lotta contro la tbc., 1931.
ID. Riv. di Pat. e Clin. della tbc., 1932, 2; 1932, 9.
GIRAUD. Bullettin Médical, 1932.
GIUFFRIDA. Riforma Medica, 1925.
LUCACER. Policl., Sez. Prat., 1930.
LAURI. Nuova Med. Italica, 1935.
MANCINI. *La tuberc. dei polmoni e delle pleure.* Leipzig, 1933.

MELANI. Riv. Ital. di Terapia, 1932.
MICHELI. *Tbc. polm.* In *Medic. Inter.*, Minerva Medica, 1931.
MORELLI e PERIN. *Tbc. polm.* In *Trattato Ital. di Med. Int.* Soc. Ed. Libr., 1931.
OMODEI-ZORINI. *App. di Anat. Clin. e Patog.*, 1932.
PENNETTI e GIANNELLA. Riforma Medica, 1933.
PONTIGGIA e VASCELLARI. Riv. di Pat. e Clin. della Tbc., 1932.
RICHET. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris, 1932.
SERGENT. Journ. de Méd. et Chir. prat., 1920.
TREPICCIONI. Lotta contro la Tbc., 1931, 5.
ID. Policl., Sez. Prat., 1932, 22.
ID. Riv. di Pat. e Clin. della Tbc., 1932, 7.
WILDEGANS. Arch. f. Klin. Chirurg., 1925, 4.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Le diarree dei lattanti.

(P. GIRAUD. *Marseille-Médical*, 5 aprile 1935).

La diarrea è una sindrome caratterizzata dall'aumento dell'emissione delle feci e dalla diminuzione della loro consistenza che diviene più o meno liquida.

È un disturbo frequente nei lattanti che reagiscono così non solo alle infezioni digestive propriamente dette ma anche a cause patologiche le più differenti. Esso assume sempre una certa importanza, in quanto il lattante è un essere che digerisce sopra tutto e ogni disordine di questa funzione capitale provoca un arresto della crescita ed un'alterazione spesso grave dello stato generale.

Le diarree dei lattanti hanno una varia gravità e ciascuna di esse richiede un trattamento particolare.

Occorre innanzi tutto distinguere le *diarree comuni* che non si accompagnano a fatti gravi dello stato generale ma possono facilmente passare allo stato cronico, e le *diarree gravi* che minacciano immediatamente la vita del bambino, ma hanno spesso un decorso acuto di durata più breve.

1. Le *diarree comuni* sono spesso in relazione con il metodo di alimentazione.

A. — Le diarree dei bambini nutriti al seno sono quasi sempre poco gravi e sono dovute ad un'intolleranza colica alle feci troppo acide per cattiva digestione del lattosio. Il colon irritato espelle prematuramente e con dolore le feci i cui pigmenti biliari non hanno subita la normale riduzione, si stercobilizzano e diventano verdi per ossidazione al contatto dell'aria.

La diarrea si verifica per lo più durante il succhiamento. Il bambino fa sforzi e sembra soffrire coliche vive ed espella poi con forza feci liquide e mucose di colore verde e con reazione acida.

Di solito si determina un eritema alle regioni glutea e interglutea, che può subire ulcerazioni.

Lo stato generale è poco compromesso. Non si ha febbre, nè vomito.

La diarrea dura di solito qualche mese anche senza trattamento.

In queste forme non ridurre molto l'alimentazione e tanto meno consigliare la dieta idrica; astenersi dal dare purganti, e sopra tutto il calomelano e l'olio di ricino, nè prescrivere i fermenti lattici.

Bisogna invece convenientemente regolare l'alimentazione sia per numero che per quantità delle succhiate; sostituire una succhiata al seno con un biberon di latte condensato zuccherato o di latte in polvere, per neutralizzare l'effetto irritante del latte di donna; prescrivere alcalini; ed in caso d'insufficienza delle misure precedenti dare calmanti della peristalsi intestinale: bismuto, preparati tannici, salicilato di alluminio.

B. — La diarrea comune dei bambini nutriti con il latte di vacca è legata ad uno stato di dispepsia dovuta al cattivo assorbimento del burro ed all'imperfetta digestione della caseina che coagula in grossi grumi e che sotto l'influenza della flora proteolitica dell'intestino fermenta e dà luogo a prodotti tossici ed irritanti.

La diarrea succede per lo più ad uno stadio di stipsi con feci a mastice.

Le feci sono biancastre o brune, raramente verdi; sono fetide e alcaline.

La malattia, che ha una lunga durata, è accompagnata da un eritema a tipo papulo-erosivo.

Lo stato generale è relativamente poco compromesso. La curva del peso è irregolare con periodi di arresto o progressione lenta.

Al momento della crisi acuta della diarrea occorre la dieta idrica ma non lunga: 12 ore per i bambini fino a 6 mesi di età, 24 ore da 6 a 12 mesi.

Conviene quindi regolare l'alimentazione come frequenza e quantità dei pasti. Sostituire in parte il latte di vacca con farina maltata per i bambini fino a 6 mesi, e poi con farine di cereali diversi. Si può anche usare il latte in polvere scremato.

I fermenti lattici trovano in queste forme la indicazione più utile.

C. — La diarrea da farinacei è quella che può verificarsi nei bambini con più di 6 mesi, quando si dà un'alimentazione farinacea esclusiva o predominante.

Le scariche non sono abbondanti. Le feci sono pastose, cariche di gas, non molto fetide.

Lo stato generale può rimanere buono per qualche tempo, anzi il bambino sembra grosso per ritenzione idrica. In ogni caso i tessuti sono molli, flaccidi, la cute pallida. Con l'anda-

re del tempo sopravviene dimagrimento e, nei bambini con meno di 6 mesi di età, atrepsia. Quando le farine adoperate sono devitaminizzate si può avere lo scorbuto.

Per evitare questi fatti occorre tener presente che le farine non maltate non possono essere digerite dai bambini con meno di 6 mesi di età, che esse non contengono i principi indispensabili per l'alimentazione essendo quasi unicamente costituite d'idrati di carbonio, che le farine del commercio sono completamente prive di vitamine.

Quando il disturbo si è verificato occorre sostituire alle farine latte condensato zuccherato, latte in polvere, babeurre, ed in caso d'intolleranza al latte proteine animali o vegetali; prescrivere una forte dose di vitamine (succo di frutta, lievito di birra, olio di fegato di merluzzo, ergosterina irradiata), nonchè fermenti amilolitici (malto, amilodiastasi).

2. Le *diarree gravi*, che spesso mettono direttamente in pericolo la vita del bambino sono di due tipi: *coleriforme* e *dissenteriforme*.

A. — La *diarrea coleriforme* o *colera infantile* sopravviene per lo più durante la forte caldura estiva in bambini nutriti con il latte di vacca, durante il primo anno di vita.

L'inizio è brusco con vomiti frequenti e abbondanti, diarrea violenta, incessante con feci liquide, sierose e poco fetide, e febbre a 39°-40° per qualche giorno.

Lo stato generale diventa subito grave: il bambino è abbattuto, sonnolento, grida di tanto in tanto. La lingua è secca, la pelle flaccida.

In seguito i vomiti diventano più rari, le scariche meno frequenti, la temperatura si abbassa al disotto del normale e lo stato generale si aggrava, il polso diventa rapido, piccolo; la morte è la conseguenza abituale di questa sindrome nel collasso e nell'ipotermia. Il bambino disidratato e sonnolento si spegne in capo a 4 o 5 giorni. Vi sono forme fulminanti che durano solo 24-48 ore e anche forme che possono condurre alla guarigione in capo a 15-20 giorni.

Per evitare questa affezione occorre favorire l'allattamento materno, sottrarre il bambino ai forti calori estivi, proscrivere il latte di vacca durante i mesi caldi.

Per tentare la guarigione occorrono misure energiche e rapide: dieta idrica pura, per 2-3 giorni, rialimentazione prudentissima con farine maltate prima e poi con latte in polvere, reidratazione dell'organismo specie quando il vomito è persistente con iniezioni sottocutanee di 10 cmc. di soluzioni isotoniche clorurate e glucosate alternativamente, bagni caldi a 38°, iniezioni di olio canforato e adrenalina, fermenti lattici, calmanti della paristalsi (bismuto, tannato di gelatina).

B. — La *diarrea dissenteriforme* è legata ad una forma di colite e colpisce per lo più i bambini con più di un anno.

L'inizio è brusco con temperatura alta accompagnata spesso da angine. Il bambino è abbattuto, ha dolori ventrali, vomito. Le defecazioni sono frequenti, muco-ematiche, accompagnate da coliche e premiti.

Di regola si ha la guarigione in qualche giorno, ma qualche volta l'ammalato muore rapidamente.

La cura deve essere diretta ad alleviare le sofferenze e ad impedire che la malattia assuma un decorso cronico.

Nei primi due giorni si osserverà la dieta idrica assoluta, quindi si passerà ai brodi di malto, e quindi alla tapioca ed ai semolini. Durante la convalescenza bisogna evitare i legumi verdi e la frutta cruda, le carote, gli spinaci, le purées.

Durante la fase acuta si praticheranno i clisteri con ipecacuana o all'acqua ossigenata, i calmanti della peristalsi (bismuto, tannati), lo stovarsol, ed eventualmente il siero antidissenterico quando sia accertata la presenza del bacillo di Shiga. Dr.

Interpretazioni diagnostiche delle insufficienze piloriche.

(C. Bonorino Udaondo, P. Maissa e L. Sanguinetti. *Arch. Arg. de enf. del Ap. Digestivo*, marzo 1935).

Il rilasciamento dello sfintere pilorico accade in gradi diversi, e per cause varie, da quelli estremi in cui si ha abolizione completa del gioco dello sfintere, a quelli nei quali questa disfunzione si percepisce solo in circostanze eccezionali, però nei quali il piloro è ancora capace di opporre una resistenza alle contrazioni gastriche. Nel primo gruppo si parla di *incontinenza pilorica*, nel secondo di *insufficenza pilorica*.

Le *incontinenze piloriche* dipendono sempre da lesioni organiche orifiziali dirette o indirette. Nel più dei casi sono date da neoplasmi dello sfintere di tipo carcinomatoso, o da ulcere terebranti che distruggono il piloro.

Le *insufficenze piloriche*, assai più frequenti, sono di interpretazione più difficile.

Si deve distinguere una *insufficenza iniziale* o *transitoria*, nella quale la prima parte degli ingesti vengono lasciati passare, ma ben presto il piloro riacquista la sua funzione, sì che il resto degli ingesti è ritenuto. Questo quadro più radiologico che clinico non ha significato semeiologico particolare.

Vi è poi un secondo gruppo di insufficienza in cui questa si prolunga per un tempo variabile, e che nei gradi estremi persiste durante la completa evacuazione gastrica, sin quasi a confondersi con le incontinenze, nelle quali però si ha scomparsa della peristalsi. Vi sono

infine le così dette *insufficenze latenti* che cioè appariscono solo con la compressione della zona pilorica per forzare lo sfintere.

È di regola il fatto che in tutte le insufficenze piloriche il tempo di svuotamento gastrico risulta accorciato.

La *diagnosi* è anzitutto radiologica. Nei casi positivi resta solo da stabilire la genesi del quadro funzionale.

Il quadro clinico è spesso senza utilità alcuna (!).

Secondo Bassler nelle insufficenze piloriche i sintomi sono indefiniti e si traducono per lo più in stitichezza, distensione addominale, insonnia e sintomi depressivi nevrasteniformi. I sintomi poi si mascherano con quelli della affezione primaria causale, dato che la insufficenza pilorica è sempre secondaria.

Secondo gli Autori il quadro diagnostico, con discrete varianti comprendeva sempre come elementi dominanti, la distensione gassosa periombelicale, e la diarrea postalimentare.

Già Ebstein (1880) aveva descritto che studiando le insufficenze del piloro con polveri effervescenti si otteneva per rapida fuoruscita del gas dal piloro incontinente, un meteorismo generale dell'intestino. Ma questo metodo di diagnosi fu poi dimostrato fallace. La diarrea postprandiale è più importante.

La *patogenesi* ha come fattori predominanti l'ulcera e il cancro.

Nell'ulcera pilorica, la insufficenza dell'orifizio è provocata da diversi meccanismi. In alcuni casi si ha vera distruzione del piloro, ma allora si giunge alla incontinenza permanente. Se invece l'ulcera è vicina al piloro (versante gastrico, o duodenale) la insufficenza risulta da una natura puramente infiammatoria (piloriti e gastro-piloro-duodeniti).

Così pure si ha frequente insufficenza pilorica nelle gastriti croniche atrofiche della vecchiaia; e così pure nelle infiammazioni estese della mucosa, tossico-infettive, nelle quali il quadro morboso viene prolungato da reazioni intestinali difficili a dominare.

Già Ebstein in alcuni casi in cui erano assenti lesioni anatomiche incolpò una neurosi genuina, per paralisi dei n. motori dei muscoli anulari del piloro.

Va pure ricordato che la evacuazione prematura degli ingesti non è rara in casi di anacidità o di ipoacidità, rilasciandosi il piloro per assenza dello stimolo cloridrico necessario alla sua contrazione. Carman segnalò le insufficenze piloriche delle achilie primitive o secondarie. Cecconi e Biffi le descrissero negli anemici; Bonanno le trovò costanti negli anemici perniciosi. Milani in questi pazienti segnalò alternanze di spasmi e di insufficenze piloriche. Ottonello infine descrisse vuotamento gastrico accelarato e insufficenza pilorica nel gozzo esoftalmico, per una azione mista dell'ormone tiroideo, eccitante sulla peristalsi e deprimente sugli sfinteri.

L. TONELLI.

Posizione e rapporti del cieco e dell'appendice nell'uomo.

(F. RABBONI. *Boll. Soc. Sc. Natur. ed Econ. di Pal.*, Vol. XV, 1934).

Lo studio della posizione e dei rapporti di quella porzione dell'apparato digerente costituita dal cieco e dal processo vermiforme, ha acquistato oggi, per le recenti acquisizioni della chirurgia addominale, un particolare interesse.

Sopratutto caratteristici reperti operatori, alquanto diversi dal normale, e constatati di recente nel quadro anatomo-patologico della sindrome addominale destra di Leotta, spingono a rivedere tale capitolo dell'anatomia normale, sorgendo appunto il dubbio che molte varietà di posizione e di rapporti, descritte in passato come normali, e considerate come acquisizioni definitive tramandantesi da Trattato a Trattato anche dei più recenti, siano la conseguenza di processi patologici.

L'A., esaminando in 200 cadaveri di ogni età la posizione del ceco e dell'appendice, ha riscontrato nel 90 % dei casi il cieco occupante in pieno la fossa iliaca destra ed il processo vermiforme situato medialmente al cieco, con l'apice rivolto in alto. Nel rimanente dei casi si sono avute delle posizioni abnormi del cieco e dell'appendice, più o meno lontane dal tipo comune, che essendosi mostrate sempre accompagnate dalla presenza di membrane perivisceritiche aderenziali specialmente a carico degli organi della metà destra dell'addome, sono interpretate dall'A. come dovute allo stiramento da queste membrane neoformate e quindi di origine postinfiammatoria e non ontologica.

G. LA CAVA.

Riflessi unilaterali del dorso nell'ulcera duodenale e gastrica.

(F. OEFELEIN. *Klin. Woch.*, 29 giugno 1935).

Gli ammalati di ulcera duodenale o gastrica presentano una serie di stigmate vegetative, legate ad uno stato irritativo abnorme del sistema nervoso.

L'A. ha riscontrato in quasi tutti i casi di ulcera dolorosa duodenale e gastrica un riflesso emilaterale del dorso, a sinistra in genere nell'ulcera duodenale, a destra in quella gastrica. Detto riflesso diminuisce d'intensità fino a scomparire completamente con la guarigione dell'ulcera. Nei giovani è particolarmente vivace; nelle donne limitato a scarse contrazioni della muscolatura del dorso; negli uomini con frequente partecipazione delle estremità corrispondenti. È presente nei lattanti nei quali scompare con l'inizio dell'andatura eretta. È stato riscontrato occasionalmente in persone sane.

Il riflesso consiste in contrazioni dei muscoli del dorso ed in parte delle estremità inferiori, che si ottengono stimolando la muscu-

latura del dorso con lo strisciamento eseguito dalla periferia verso la colonna vertebrale o parallelamente alla colonna vertebrale, all'altezza dei dermatomeri D_7-D_{12}. Il p. deve essere in decubito ventrale, con le braccia distese ai lati del corpo, in completo rilasciamento muscolare. M. NUNBERG.

La mucina gastrica nella cura dell'ulcera gastro-duodenale.

(SAMUEL I. FOGELSON. *Arch. of Int. Med.*, gennaio 1935, p. 7).

L'incarico di studiare e controllare i risultati di questa terapia in America è stato affidato ad una apposita Commissione. La mucina in polvere, per uso orale, viene distribuita a tutti i medici che ne fanno richiesta, accompagnata da precise norme di somministrazione; il trattamento-tipo consiste nella ingestione di 80-100 gr. di questa polvere nelle 24 h. sciolti nel latte a intervalli di 2 h. per circa 6 mesi, diminuendo gradatamente la dose negli ultimi 3 mesi e osservando una dietetica blanda, quale è indicata per gli ulcerosi.

Durante la cura, il medico tien conto, su apposita scheda del procedere dei sintomi della malattia elencati sulla scheda stessa (nausee, vomito, pirosi, eruttazioni, dolori epigastrici, dolori da fame, dolori notturni, stipsi, diarrea, ematemesi, melena, emorragie occulte ecc.) ed insieme annota i risultati di altre ricerche (acidità gastrica, sangue, ricerche radiologiche ecc.).

In base a queste schede è stato possibile fare uno studio dei risultati ottenuti in 3 anni, su un numero complessivo di 555 malati, ed i risultati sono stati divisi in 3 gruppi: 1) casi con completa scomparsa di tutti i sintomi, 348 vale a dire 62,7 %; 2) casi con parziale scomparsa dei sintomi, 114 vale a dire 20,5 %; 3) casi senza alcun giovamento, 93 vale a dire 16,8 %. Dei 93 casi di quest'ultimo gruppo però 61 non debbono essere considerati, riguardando pazienti che per varie ragioni (diabete, colecistite, nefrite ecc.) hanno dovuto sospendere la cura così che la cifra totale dei curati resta di 494 e i risultati diventano i seguenti: scomparsa completa dei sintomi in 348 (70,5%), scomparsa parziale in 114 (23%), nessun giovamento in 32 (6,5 %). Nell'ultimo gruppo sono stati posti naturalmente quei casi in cui a un apparente miglioramento completo è seguita invece poi una ricaduta.

Dei 555 malati, 226 erano classificati come « incurabili » dai loro medici, perchè non rispondevano ai comuni mezzi di terapia, compreso l'intervento operatorio che 69 di essi avevano subito. In questo speciale gruppo di « incurabili » la terapia mucinica ha dato i seguenti risultati: scomparsa completa dei sintomi in 137 (63,1 %), scomparsa parziale in 64 (29,4%), nessun giovamento in 16 (7,5%); anche qui non considerando 9 casi in cui la terapia si è dovuta sospendere e facendo perciò la percentuale sopra un totale di 217 « incurabili ».

I risultati migliori si sono avuti in malati già gastroenterostomizzati e presentanti una sintomatologia riferibile o ad ulcera dello stoma o ad esacerbazione della lesione primitiva.

Questa cura, i cui risultati appaiono così lusinghieri, è fondata sull'azione protettrice esplicata dal muco nella parete gastrica, contro l'azione nociva dell'acido cloridrico e della pepsina.

Questa funzione di protezione era nota sin dai tempi di Spallanzani, ed oggi se ne hanno le prove sicure.

Whitlow e Ivy hanno dimostrato che pepsina e ac. cloridrico si diffondono più lentamente attraverso uno strato di muco e che se lo strato di muco ricoprente la regione dell'antro viene allontanato, una soluzione N/10 di ac. cloridrico postavi a contatto determina con maggiore facilità alterazioni ed emorragie della parete gastrica.

Altra esperienza molto dimostrativa è la seguente: se si immergono le zampe di una rana, l'una in succo gastrico contenente il 2 % di mucina, l'altra in succo gastrico senza mucina, la seconda zampa viene digerita molto più rapidamente della prima; ciò dimostra però che la mucina ritarda ma non inibisce completamente l'azione digestiva del succo gastrico.

Recentemente, Lim ha trovato che la quantità di muco nello stomaco aumenta durante le fasi di minor secrezione pepso-cloridrica e diminuisce invece nelle fasi di maggior secrezione. Ciò fa pensare che la mucina debba correggere lo stato di ipercloridria degli ulcerosi non solo, ma far ritornare lo stomaco alle sue normali condizioni secretorie.

Farmer e Anderson hanno scoperto un metodo di dosaggio della mucina nel contenuto gastrico che ha permesso di mettere in evidenza un reale difetto di questa sostanza nei portatori di ulcera, almeno nello stadio di ipersecrezione cloridrica.

Nel 10 % degli adulti normali Hurst ha notato una simile deficienza, che egli crede possa favorire lo sviluppo dell'ulcera non appena si accompagni ad ipercloridria e consiglia perciò in questi individui la somministrazione di mucina a scopo profilattico.

In conclusione, può dirsi che il muco e le cellule dell'epitelio gastrico contenenti muco proteggano la mucosa specialmente dai traumi chimici e che esercitino una specie di controllo dell'acidità gastrica, inibendo parzialmente nello stesso tempo l'azione della pepsina. Leriche stima che circa 13 milioni di cellule dello stomaco secernino continuamente muco e che la regione del fondo per avere uno strato di muco più spesso sia più protetta di quella

dell'antro, onde anch'egli è d'avviso che «il muco gastrico abbia una grande importanza nella fisiologia e nella patologia dello stomaco ».

M. RASTELLI.

Le false coliti.

(F. GALLART-MONÈS. *Arch. Mal. App. Dig. et des Mal. Nutrition, n.* 6 giugno 1935).

Sotto il nome di colite sono state comprese molte malattie addominali di sintomatologia assai diversa e che con essa non hanno nulla a che vedere.

Si devono considerare quali coliti soltanto i casi in cui l'infiammazione del colon può essere dimostrata con l'esame rettosigmoidoscopico e con l'esplorazione radiologica. Tra le vere coliti conosciamo bene quelle dissenteriche, la colite ulcerosa grave e la colite tbc.; assai rare le coliti da balantidium coli e da altri parassiti. La presenza di muco nelle evacuazioni non è un segno di colite; conosciamo oggi una secrezione intestinale di origine nervosa di tipo paralitico; inoltre le evacuazioni di muco non sono esclusivamente caratteristiche di una malattia del colon. L'elemento suggestione ha notevole importanza: molti ammalati sono infatti migliorati dopo essere stati sottoposti ad una lunga serie di esami. Vi sono inoltre le diarree da ipersensibilità alimentare, da giudicare con prudenza.

I disturbi addominali consistono in una diarrea più o meno intensa, eventualmente accompagnata da dolori addominali, o in crampi seguiti da evacuazione liquida o pastosa; spesso v'è meteorismo. La maggior parte degli individui colpiti presenta uno squilibrio del sistema nervoso.

Il trattamento deve essere individuale: è importante fare un esame accurato dell'ammalato per conoscerlo a fondo e fargli capire che i suoi disturbi sono funzionali e guaribili.

Se si studiassero bene gli ammalati che presentano dei disturbi a carico del colon, si arriverebbe alla conclusione che la vera colite è rara; quelle che predominano sono le pseudocoliti.

M. NUNBERG.

Regole e strumenti per l'elettro-coagulazione peranale del carcinoma del retto.

(HENSCHEN. *Archiv f. Klin. Chir.*, Vol. 180, pagg. 264, 1934).

Per pazienti in condizioni da non sopportare l'intervento radicale o per tumori resistenti ai raggi, Henschen propone di aggredire il tumore per via peranale elettro-chirurgica. Usa speculi di vetro bianco, di varia grandezza e lunghezza e un rettoscopio di grosso calibro. Il tumore deve venire fissato per mezzo di uno strumento a forma di parapioggia. Come elettrotodo attivo usa un fascio di 6-12 aghi che sono isolati in tutto il loro decorso tranne che nella punta. L'intervento viene eseguito con anestesia lombare e il retrattore a parapioggia viene spinto al disopra del tumore. Si procede poi all'elettro-coagulazione. Questa viene iniziata al limite superiore del tumore e proseguita longitudinalmente. Gli aghi vengono conficcati perpendicolarmente alle pareti. Ogni seduta è seguita da un periodo di riposo di 2 a 4 settimane e il numero delle sedute dipende in gran parte dall'esercizio dell'operatore. Non ha mai avuto a lamentare reazione peritoneale, vescicale o emorragie.

VALDONI.

DIVAGAZIONI

I problemi della vita tropicale.

(L. ROGERS. *Practitioner*, agosto 1935).

La vita nelle regioni tropicali richiede una serie di precauzioni e di riguardi, di cui l'uomo che risiede nelle zone temperate può abitualmente fare a meno.

Innanzi tutto va rilevato che non tutti gli individui sono fisicamente adatti per la vita dei tropici. Da ciò la necessità che i funzionari civili e militari destinati alle colonie tropicali, o quelli che vi si recano per ragioni di commercio o d'industria, siano sottoposti a visita medica preventiva. Per tali esami occorre che il medico faccia un'accurata indagine anamnestica familiare o individuale. Tutti coloro che hanno precedenti di debolezza costituzionale o una predisposizione alla tubercolosi polmonare, alle malattie mentali, all'epilessia, alla neurastenia devono essere dichiarati inadatti alla vita tropicale, e così coloro che risultano affetti da malattie cardiache, polmonari e renali e da altre malattie costituzionali, specie da diabete. Particolare attenzione deve essere posta sull'apparato digerente, specie per coloro che sono destinati a località dove non si può contare su i medesimi alimenti che si consumano in patria. Tutti coloro che soffrono di attacchi di diarrea devono essere giudicati assolutamente inadatti alla vita tropicale. La dentatura deve essere buona o comunque posta in ordine prima della partenza. Tener presente in fine che tutte le affezioni cutanee, come l'eczema e l'acne, tendono ad accentuarsi nei climi caldi.

Prima della partenza tutti gli individui destinati a località tropicali devono essere rivaccinati contro il vaiuolo, contro il tifo ed il paratifo ed eventualmente contro la febbre gialla. Data la breve durata dell'immunità data dalla vaccinazione anticolerica, questa si può eventualmente praticare sul posto ed in caso di pericolo.

La profilassi antimalarica va molto curata data la gravità che l'infezione suole assumere nei climi tropicali. La profilassi s'impernia sempre sopra tre cardini fondamentali: 1° protezione contro gli anofeli; 2° cura intensa degli

indigeni malarici; 3° uso quotidiano del chinino in dosi sufficienti per distruggere i parassiti nel sangue prima che provochino lo scoppio degli accessi malarici.

La protezione contro le malattie diffuse dall'acqua, dagli alimenti e dalle mosche riguarda sopra tutto il colera, la dissenteria ed il tifo. La fornitura di acqua deve essere attentamente vigilata ed è preferibile che tutti gli alimenti, sopra tutto il latte, siano adoperati cotti. Ma il pericolo maggiore è costituito dalle mosche. Queste nei tropici costituiscono un vero flagello non solo per la molestia che danno, ma perchè costituiscono una costante minaccia di contagio poggiandosi sulle sostanze infette e poi su gli alimenti.

La profilassi della febbre ondulante o maltese consiste nell'impedire l'uso del latte di capra o di consentirne l'uso, solo dopo ebollizione.

La peste nelle Indie è generalmente trasmessa dai ratti, ma nell'Africa tropicale è sopratutto trasmessa dalle zecche, e quindi ci si deve proteggere dalle morsicature di questi animali che spesso abbondano nelle case degli indigeni.

Le affezioni elmintiche sono raramente contratte dagli europei che hanno i piedi protetti dalle scarpe. La filariasi, la schistomiasi, la tenia non si contraggono nei tropici più facilmente che in altri paesi, quando, bene inteso, siano osservate le prescritte cautele.

Gli esercizi fisici, nei tropici, devono essere praticati con moderazione, senza mai raggiungere la stanchezza. È preferibile che ogni specie di giuoco o sport sia praticato nelle prime ore del mattino o al vespero. Non devono essere trascurati gli svaghi intellettuali allo scopo di rompere la monotonia della vita. È preferibile prendere bagni caldi o tiepidi allo scopo di agevolare la funzione cutanea. È consigliabile cambiare frequentemente le calzature. Per la protezione della vista, quando si sta all'aperto, occorre adoperare lenti leggermente tinte di giallo. Si deve dormire almeno otto ore la notte, e qualche ora nel pomeriggio ma non subito dopo il pasto.

Gli abiti devono essere ampî, di tessuto leggero, preferibilmente a tipo cellulare. Il colore che si è dimostrato più conveniente è quello kaki, come quello che assorbe meno calore e ne irradia di più. Il cappello deve essere ampio in modo che protegga anche gran parte del viso e della nuca, con apertura ai lati ed alla sommità che assicurino una larga circolazione d'aria. È stato dimostrato che i cappelli ricoperti di una sottilissima lamina di alluminio siano quelli che meglio proteggano contro gli effetti del caldo, dell'aria e del sole. È opportuno che l'addome sia sempre protetto da una fascia per evitare gli effetti degli sbalzi di temperatura.

La dieta deve essere sempre leggera. Devono prevalere gli idrati di carbonio. Il caffè ed il thè possono essere largamente consentiti. Deve essere garantita a ciascun individuo una sufficiente quantità di acqua potabile (sempre bollita), preferibilmente un po' gassata. Ma si deve tener presente che l'eccessiva quantità di liquido produce una sudorazione così abbondante da limitare ogni attività. È preferibile di bere solo durante i pasti, a meno che non si faccia qualche esercizio fisico.

L'uso dell'alcool deve essere scrupolosamente controllato, in quanto è possibile che si cada nell'abuso per il momentaneo sollievo che esso dà alle sofferenze prodotte dal clima tropicale. Non deve mai essere consentito un consumo individuale superiore ai 40-45 grammi di alcool al giorno, preferibilmente sotto forma di vino o birra a basso tasso alcoolico. In effetti l'alcool costituisce una potente predisposizione ai colpi di sole e di calore, facilita la produzione delle epatiti, degli ascessi epatici e delle dispepsie. L'alcool nei tropici è più che altrove un veleno dal quale bisogna guardarsi.

Tutto sommato la vita tropicale può essere convenientemente tollerata se l'individuo ha un sufficiente minimo di resistenza organica e se sa osservare le precauzioni necessarie per la difesa delle malattie contagiose ed imporsi quelle restrizioni indispensabili per sottrarsi a tutte le insidie del clima.

La moderazione è il requisito essenziale. Wellington in una lettera inviata nel 1801 dalle Indie al fratello scriveva: « Io devo il mio buono stato di salute in questa regione alla vita moderata, al fatto che bevo poco o niente vino, che faccio degli esercizi, che ho sempre la mente occupata, e procuro, per quanto posso, di essere di buon umore ». DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. LORETI. *Alterazioni congenite del tubo digerente.* N. Zanichelli, Bologna 1934, L. 40.

Il volume del dott. Loreti, unico per la sua compiutezza in Italia ed all'Estero, fa parte della Collana di monografie chirurgiche diretta dall'on. prof. Paolucci. In esso tutto quanto riguarda la patogenesi, l'anatomia patologica, la clinica, la radiologia delle alterazioni congenite del tubo digerente, viene dall'A. descritto in modo esauriente.

La terapia, essendo in questi casi essenzialmente chirurgica, è stata poi oggetto da parte dell'A. di ampia trattazione, non avendo trascurato tutti i minimi particolari di quei metodi e di quelle tecniche operatorie che sono necessariamente le meno famigliari perchè usate più di rado. *a. p.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

A. TOURAINE. *Sang et organes hémopoïetiques.* Un vol. pag. 275; Masson et C.ie édit., Paris, 1934.

Altro volume delle « initiations médicales » pubblicate sotto la direzione del Sézary: pertanto anche questo è una « guida », guida utile per lo studente e per i medici principianti, i quali nel « mare magnum » delle classificazioni delle emopatie, della clinica, della terapia, ansiosamente cercano il filo direttivo onde in presenza di un qualsiasi caso, potersi per lo meno orientare per avvicinarsi il più possibile alla veridica diagnosi ed alla proficua cura. Forse questo libretto è un poco semplicista, ma purtuttavia permette di comprendere in grandi linee le varie sindromi ematologiche, permette, in base alle semplici tecniche descritte, procedere a quei primi esami di sangue che in seguito potranno deviare il malato in questione verso lo specialista per un maggior approfondimento del caso.

Nella prima parte del volumetto vengono per sommi capi indicati i segni rivelatori di una affezione del sangue, cioè la prima parte è una guida all'esame del sangue. La seconda parte ricorda i dati distintivi del sangue normale e del sangue patologico, la terza parte raggruppa la sintomatologia delle varie sindromi sanguigne, in un'ultima parte sono descritte le varie sindromi emopoietiche; cioè nella terza parte è detto delle anemie, delle poliglobulie, delle leucopenie, delle leucocitosi, mentre nella quarta parte è detto delle linfomatosi, delle mielomatosi, delle istiocitosi, leucoblastosi, delle splenomegalie.

Non manca una bella tavola a colori, per gli elementi figurati del sangue, e 21 varie figure.

MONTELEONE.

A. CODOUNIS. *La protidémie et la pression osmotique des protides.* Masson et C.ie; Paris, 1934. Vol. pag. 212.

È il frutto di ricerche sistematiche condotte dall'A. nel laboratorio della Clinica medica dell'Achard: ricerche sistematiche intese a svelare sia sperimentalmente che clinicamente rapporti dei protidi del sangue, rapporti la cui conoscenza per molto tempo è stata sommaria. Il primo capitolo raggruppa le ricerche sperimentali personali, le tecniche seguite, lo stato protidemico nel cavallo, coniglio, scimmia, cane, in diversi stati fisiologici e patologici.

Il secondo capitolo comprende ricerche cliniche, in specie ricerche sulle variazioni patologiche in talune infezioni: polmonite, tifo ecc., ed in particolar modo nella tubercolosi e nelle nefriti.

Un capitolo ultimo è dedicato alla pressione osmotica delle proteine.

Libro ricco di documenti utili al clinico ricercatore, e scevro di più o meno ipotetiche teorie, libro elaborato in molti anni di indefesso lavoro. MONTELEONE.

G. FRANCESCHINI. *Vita Sessuale.* Edit. U. Hoepli, Milano. Prezzo L. 10.

È la terza edizione di un volume che ha già avuto la consacrazione del successo.

Vi sono esposte tutte le nozioni della fisiologia sessuale nei suoi fondamenti organici, nei suoi sviluppi psicologici, nelle sue deformazioni ed aberrazioni.

Una parte importante è dedicata ai riflessi degli istinti e delle manifestazioni erotiche nell'arte, nella storia, nella vita individuale e collettiva.

Le norme di igiene e di morale sessuale sono presentate ed illustrate con precisione e senza pedanterie. Tuttavia l'A. si tiene lontano da ogni volgarità pornografica, cercando di spiritualizzare ed ingentilire tutto quanto si riferisce al sesso, senza per altro distaccarsi mai dalla realtà.

DR.

G. LOMBROSO. *Lo sboccio di una vita.* Tipografia Frassinelli, Torino. Prezzo L. 12.

Leo Ferrero, il figlio di Guglielmo Ferrero e di Gina Lombroso, il nipote di Cesare Lombroso, è morto nel fiore degli anni dopo aver dato precocemente saggi sicuri della sua intelligenza robusta, della sua vasta cultura, che lo facevano già degno continuatore della illustre razza di studiosi.

Gina Lombroso, con cuore di madre, con la mente di biologa e psicologa, segue il diario di questa breve ma luminosa vita, dalla nascita ai venti anni.

Sono sorprese e notate tutte le manifestazioni che segnano le tappe dello sviluppo somatico e mentale, le più piccole modificazioni dell'intelligenza e del sentimento che poi si conclamano in un organismo fisicamente e psichicamente perfetto.

Un libro carico di passione, ricco di osservazioni acute, che si legge con vivo interesse.

DR.

V. M. PALMIERI. *Denatalità.* Edizione Spem, Milano. Prezzo L. 15.

Sulla questione demografica si sono scritti molti libri, ed anche da medici. Tra i più recenti ricordiamo quello molto suggestivo del Prof. F. di Napoli.

L'argomento è all'ordine del giorno ed è quindi naturale che sproni l'attività di molti studiosi.

È interessante il fatto che nell'attuale momento tutti risultano ispirati dal medesimo principio e concludano nello stesso senso. Oggi si pensa diversamente da quanto si pensava prima della guerra, quando tutti sembravano sgomenti per l'eccesso della popolazione, e la quistione della natalità veniva prevalentemente considerata dal punto di vista eugenico.

Il fenomeno probabilmente s'innesta nel

complesso degli impulsi biologici che tendono a colmare le perdite dei periodi bellici.

Questo del Palmieri è un libro scritto con convinzione, ampiamente documentato da fatti ed illustrato con idee chiare e precise.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

8° Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia Militare.

Riportiamo i voti approvati dal Congresso:

I) *Principii di organizzazione e di funzionamento del Servizio sanitario nella guerra di montagna.* Relatori: Italia, Romania.

Il Congresso, approvando le conclusioni dei relatori e prendendo atto delle difficoltà considerevoli che presenta il tema, emette i seguenti voti:

a) che il Servizio sanitario delle truppe di montagna sia dotato di organizzazioni agili, leggere, mobili, capaci di seguirle in tutte le loro evoluzioni e di adattarsi a tutte le situazioni della guerra;

b) che il capitale problema dei trasporti in montagna continui a formare l'oggetto di attenti studi da parte dei Servizi sanitari interessati, allo scopo di ricercare tutti i procedimenti più rapidi, più confortevoli e più efficaci;

c) che, parallelamente, la questione del trattamento e dell'ospedalizzazione in montagna sia oggetto dei medesimi sforzi.

II) *Determinazione dell'attitudine alle diverse specialità delle Forze armate di terra, di mare e dell'aria.* Relatori: Francia, Romania.

Il Congresso, approvando tutte le conclusioni dei relatori, ritiene indispensabile un esame particolare dei candidati alle diverse specialità militari che tendono a divenire sempre più numerose e varie.

L'esame deve portarsi a volta a volta sulle condizioni fisiche, fisiologiche, biologiche e psichiche.

Per determinare tali condizioni si può ricorrere a prove diverse, mettendo in gioco vari *tests* che conviene scegliere e interpretare con discernimento.

A questo riguardo i nuovi metodi degli studi costituzionalistici dell'uomo sano, di cui attualmente la biotipologia rappresenta il termine più compiuto, hanno un sicuro interesse per gli eserciti. Fino a quando questi metodi non abbiano data la piena misura del loro valore, le diverse indicazioni che essi forniscono non devono ancora essere considerate che a titolo di elementi informativi, rimanendo la clinica e l'esperienza alla base delle decisioni da prendere sopra tutto nei casi controversi e difficili.

III) *Esiti delle ferite dell'addome.* Relatori: Stati Uniti, Romania.

Il Congresso, approvando le conclusioni dei relatori, prendendo atto delle considerevoli difficoltà che presenta il tema, ritiene:

a) un ferito dell'addome deve sempre essere considerato come suscettibile di una complicazione immediata o tardiva, quale che sia lo stato in cui egli si trova al momento dell'esame;

b) le aderenze con tutte le loro conseguenze, sono le complicazioni più frequenti;

c) la terapia degli esiti delle ferite dell'addome deve sopra tutto essere preventiva. Per questo scopo si deve lottare contro l'infezione e mirare all'intervento precoce;

Queste condizioni implicano una organizzazione tattica sanitaria perfetta che occorre ricercare sistematicamente in tutte le circostanze permesse dalla situazione militare;

d) l'ospedalizzazione post-operatoria è una condizione *sine qua non* del trattamento in ragione della sua decisiva influenza sul risultato finale.

IV) *Ricerche per l'unificazione dei metodi di analisi degli alimenti e delle bevande destinati all'alimentazione del soldato.* Relatori: Cecoslovacchia, Romania.

Il Congresso, approvando le conclusioni dei relatori, emette il seguente voto:

che studi approfonditi dei metodi d'analisi delle derrate alimentari siano intrapresi in vista della loro ulteriore unificazione, tendendo all'eguaglianza degli arredamenti di laboratorio, in modo da rendere indiscutibile il confronto dei diversi risultati di analisi.

V) *Cure bucco-dentarie nelle zone avanzate.* Relatori: Lituania, Romania.

Il Congresso, approvando tutte le conclusioni dei relatori, depone i seguenti voti:

a) che, data l'importanza crescente e riconosciuta dell'odontostomatologia, sarebbe augurabile di vedere organizzare negli eserciti di tutti i paesi, dei servizi odonto-stomatologici, affidati a specialisti qualificati, incaricati specialmente dell'esame bucco-dentario dei militari, al loro arruolamento e durante il servizio;

b) che questi specialisti ricevano un insegnamento che dia loro la capacità necessaria per essere utilizzati nei reparti dei feriti maxillofacciali;

c) che negli eserciti in campagna, le cure bucco-dentarie sieno apprestate da specialisti qualificati, nei reparti;

d) che gli apparecchi di protesi siano di preferenza applicati nella stessa zona delle armate;

e) che i feriti maxillo-facciali siano affidati a specialisti qualificati in tutte le formazioni sanitarie e nelle stesse condizioni degli altri feriti (*).

VI) *Studio comparativo delle attribuzioni dei servizi amministrativi sanitari nelle forze armate di terra, di mare e dell'aria.* Relatori: Chilì, Romania.

Il Congresso, approvando le conclusioni dei relatori, emette il seguente voto:

dagli studi comparativi sul Servizio sanitario militare dei diversi paesi, risulta chiaramente una tendenza all'autonomia tecnica e amministrativa sempre più accentuata con un quadro di personale specializzato e più distinto.

Il buon funzionamento del Servizio sanitario in tempo di pace come in tempo di guerra esige una direzione unica, tanto amministrativa che tecnica, la quale non può essere che una direzione sanitaria.

(*) Questi voti evidentemente si riferiscono ai molti eserciti che hanno uno speciale Corpo di dentisti, nei paesi nei quali l'odontoiatria non è, come in Italia, esclusivamente riservata ai medici, ma è professata da esercenti diplomati.

Un buon funzionamento amministrativo non può essere assicurato che da specialisti qualificati, appartenenti in proprio al Servizio sanitario e per esso preparati.

Il reclutamento degli ufficiali di amministrazione del Servizio sanitario deve farsi esclusivamente fin dall'inizio e nelle stesse condizioni che valgono per gli altri corpi di ufficiali.

La relazione del tenente colonnello medico BASSI sul primo tema, ha ottenuto il più lusinghiero successo, suscitando gli applausi e il consenso incondizionato dell'assemblea. Il tenente colonnello medico VIRGINIO DE BERNARDINIS è intervenuto alla discussione del secondo tema ed ha annunciato una comunicazione per prospettare in rapida sintesi i portati della gloriosa Scuola costituzionalistica italiana ed i contributi della Sanità militare alla nuova Scienza delle costituzioni, che proprio in Italia ha ed ha avuto i più geniali innovatori e cultori.

La delegazione italiana inoltre ha presentato note sul 3°, 4° e 6° tema, rispettivamente del maggiore medico ALESSANDRO MALICE, del tenente colonnello chimico farmacista WALTER PARRI e del maggiore di amministrazione FRANCESCO CALIFANO, nonchè una apprezzata comunicazione del colonnello chimico farmacista ALFREDO PAGNIELLO sull'*Analisi tecnica rapida dei saponi.*

Il Congresso ha acclamato il colonnello medico Voncken, segretario benemerito del Comitato Permanente, infaticabile organizzatore e animatore di queste riunioni internazionali fin dalle loro prime manifestazioni, ed il capitano medico Cambresier che, quale segretario del Congresso, aveva dato opera quanto mai fattiva ed encomiabilissima.

Il prossimo Congresso avrà luogo nel 1937 con il seguente programma:

I) *Organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nelle operazioni combinate delle Forze armate di terra e di mare.*

II) *Trasporto, ospedalizzazione e trattamento dei feriti gassati.*

III) *Organizzazione e funzionamento del servizio chirurgico nelle truppe motorizzate.*

IV) *Utilizzazione dei metodi colorimetrici nei laboratori medico-militari.*

V) *Gli sdentati negli eserciti. Definizione, trattamento, protesi. Utilizzazione militare in tempo di pace e in tempo di guerra.*

VI) *Studio comparativo dell'approvvigionamento in viveri e dell'alimentazione dei malati e dei feriti in tempo di pace e in tempo di guerra.*

3° Congresso Internazionale di Aviazione Sanitaria.

Riportiamo emessi i seguenti voti:

1) Il Congresso, approvando le raccomandazioni del Comitato Internazionale di studi dell'Aviazione sanitaria sulla importanza della coordinazione degli sforzi e dell'impiego di una collaborazione permanente tra gli organismi aeronautici e gli organismi sanitari competenti, constatando l'unanimità di voti pronunciati in questo senso dagli autori di relazioni o di comunicazioni in proposito, emette il voto che questa collaborazione sia stabilita in tutti i paesi e che i felici risultati di questa linea di condotta siano portati a conoscenza dei Comitati Nazionali dell'Aviazione Sanitaria a mezzo del Comitato Internazionale di studi dell'Aviazione Sanitaria.

2) Per facilitare l'organizzazione ed il funzionamento dei soccorsi, specie in ciò che concerne i casi d'urgenza e nelle regioni mediocremente dotate di mezzi di comunicazione rapida, come anche in ciò che concerne le grandi calamità, si fa voto che un sistema di collegamento bilaterale pratico e sicuro, tra l'aeronave ed a terra, formi l'oggetto di convenzioni internazionali universalmente ammesse.

3) Che tutte le disposizioni utili siano prese per assicurare al personale trasportato in aeronave le cure mediche necessarie durante il volo ed a terra, dando istruzione speciale al personale navigante o non navigante, organizzando i soccorsi permanentemente sui campi di aviazione, pubblici e privati

4) Il III Congresso rinnova il voto già emesso dal I Congresso, di veder dare alle aeronavi che compiono una missione sanitaria, le più grandi facilitazioni di circolazione internazionale, specie in ciò che concerne i *carnets* di passaggio di dogana, l'esenzione di tasse e la priorità di atterraggio.

5) Che un segno distintivo internazionale speciale, amovibile, sia stabilito per uso esclusivo di aeronavi che compiono una missione sanitaria, allorchè non siano autorizzate a portare il segno della Croce Rossa.

Sono stati approvati i seguenti temi da porre all'ordine del giorno del IV Congresso che si adunerà fra non meno di tre anni, in sede non ancora stabilita:

a) *Dottrina dell'utilizzazione dell'Aviazione Sanitaria nelle Colonie.*

b) *Il problema della sicurezza a bordo delle Aeronavi sanitarie.*

c) *Missione rispettiva del personale dell'Aeronautica e del personale sanitario nei trasporti aerei.*

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 aprile 1935.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, presidente.

Sulle iniezioni endovenose di lipoidi totali del tuorlo d'uovo in varie forme morbose.

Prof. C. SERONO. — L'O. dopo aver ricordato che 38 anni prima alla R. Accademia Medica di Torino aveva presentato le sue ricerche sulle iniezioni di lecitina, introducendo per il primo la cura lipoidea in terapia, riferisce sulle iniezioni endovenose di lipidi totali dell'uovo in varie forme morbose.

Mette in rilievo l'assoluta tolleranza di queste iniezioni alle quali è utile ricorrere ogni qual volta sia necessario un rapido intervento. E quindi in casi di gravi deperimenti organici uniti a gravi anoressie, dopo le emorragie profuse, nell'anemia consecutiva alla cura da Raggi X o da radio; in certe forme di diabete e nella sclerosi multipla e nell'encefalite letargica come coadiuvante ad altri metodi di cura.

Prime osservazioni sull'innesto reciproco di sangue "mieloide,, e "linfoide,, nelle leucemie croniche.

Prof. R. GOSIO. — *A*) Concentrazione leucocitaria viscerale, pronto attacco clasmatocitario degli elementi trasfusi nelle successive fasi documentabili in circolo — pur nella mancata distribuzione circolatoria proporzionale — con alterazioni cellulari, quali picnosi relativa ad alterazioni di contorno,

risoluzione in nuclei liberi e poi in placche reticolate, costituiscono i termini secondo cui si esplica l'intelleranza dell'ambiente istio-umorale leucemico linfoide recettore avverso gli elementi leucocitari mieloidi massivamente trasfusi.

Nella discussione svolta per un'interpretazione più opportuna di questo comportamento inatteso, trattandosi di soggetti appartenenti a gruppi sanguigni uguali, tra cui non è nota una eventuale incompatibilità di gruppo leucocitario indipendente dalla contemporanea compatibilità di gruppo rispetto alla serie rossa, viene esaminata la possibilità che i fenomeni osservati siano legati alle leucotossine naturali o eventualmente provocate in via biologica in ragione sperimentale, oppure rientrino nel quadro di una crisi emoclasica, meccanismi di cui tuttavia manca il corredo probativo.

Resta da optare, qualunque sia la natura e la sede del processo linfatico che sfugge agli apprezzamenti di laboratorio parallelamente allestiti, per una incompatibilità patologica propria dell'orientamento leucopoietico cito-umorale inverso a quello del donatore che si esplicherebbe secondo direttive specifiche; poichè la tolleranza e la distribuzione circolatoria sia di elementi della serie rossa che di leucociti geneticamente omologhi, cioè della stessa direttiva morbosa, risulta positiva nei controlli eseguiti.

Questi elementi sono essi insiti nelle attitudini intrinseche del processo morboso e rivestono un significato patogenetico a riguardo della sommersione progressiva dell'una serie leucocitaria sull'altra nelle due forme di leucemia mieloide e linfoide?

B) Rilievi clinici ed ematologici compiuti durante cinque mesi di osservazione su due leucemici cronici, l'uno linfatico l'altro mieloide, reciprocamente e ripetutamente trasfusi.

Valutazione prudente delle modificazioni più marcate e più stabili nell'uno osservate.

Sulla reazione biologica di Gordon nella linfogranulomatosi: applicazioni diagnostiche e ulteriori sviluppi sperimentali.

Prof. L. PATERNI. — L'O. riassume la precedente letteratura sulla prova di Gordon nella malattia di Hodgkin e ne riferisce le opinioni interpretative, quindi espone i risultati delle ricerche fino ad ora da lui condotte in collaborazione con Maroncelli, ricerche che ancora continuano.

Risultati positivi con ghiandola di un caso di m. di Hodgkin pura, e con ghiandola, milza e fegato di un caso nel quale esistevano anche lesioni istologiche tubercolari: risultati negativi con ghiandola in un caso di linfadenite tubercolare pura, con una ghiandola di un caso di leucemia linfatica cronica. In corso di osservazione animali inoculati con ghiandola leucemica mieloide e con altra ghiandola tubercolare. Nessun risultato con la inoculazione nella pecora di ghiandola patogena per il coniglio.

Nessun risultato con numerosi tentativi di trasmettere la sindrome da animale ad animale con sistema nervoso; sangue di organi interni di animali affetti; il siero di animali affetti non ha potere neutralizzante rispetto all'azione patogena della ghiandola. Istologicamente furono rinvenute alterazioni anche a carico delle cellule delle corna anteriori del midollo e alterazioni degenerative a carico delle fibre della sostanza bianca del cervello e dei cordoni anterolaterali del midollo.

Prof. G. PENSO. — *Sulla presenza dell'Entamoeba dispar in Italia.*

Discussione: prof. PONTANO.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Società di Medicina e Scienze Naturali di Parma.

Seduta del 12 luglio 1935.

Presidente: Prof. A. CHISTONI.

Si può parlare di colecistografia rapida?

A. ROSSI. — L'O. mediante ampia documentazione dimostra che il metodo rapido per la colecistografia non ha portato vantaggi sul metodo classico di Graham già dall'O. usato da un decennio e ritenuto il migliore.

C. PLANCHER. — *Morfologia e significato delle arterie plantari.*

Forme cliniche di porfiria.

M. MASSA. — Dopo avere preso in considerazione l'eliminazione porfirinica urinaria in svariate affezioni e fissati i limiti della porfirinuria non patologica, l'O. passa a trattare delle forme cliniche che attualmente possono riconoscersi nella patologia da porfirine e che si estrinsecano fondamentalmente con manifestazioni addominali, nervose, cutanee. L'O. porta il contributo di due osservazioni personali di porfiria idiopatica riferendo sulle manifestazioni cliniche, sul decorso, sul trattamento attuato.

F. LANZONI. — *Alcune aggiunte alla flora del Parmense.*

A. CONTI. — *Il più antico documento sulla flora spontanea dei monti Parmigiani e Piacentini.*

Decomposizione dell'acido acetil-salicilico in ambiente alcalino.

G. ILLARI e F. CHIARI. — Gli OO. hanno studiato la decomposizione di sali alcalini dell'acido acetilsalicilico in soluzione acquosa sia determinando la quantità di acido salicilico formatosi, sia determinando il Ph di queste soluzioni. L'acido acetilsalicilico subisce una idrolisi che varia proporzionalmente al tempo ed alla temperatura di esperienza.

Per l'aggiunta di estratto pancreatico la scissione aumenta notevolmente. Per contro l'acido acetil-salicilico in ambiente acido per acido cloridrico non subisce nessuna modificazione.

Il Segretario: C. BRAGA.

☛ ***Interessante pubblicazione* SEMI-GRATUITA:**

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI

La voce parlata e cantata, normale e patologica

Guida allo studio della fonetica biologica

Prefazione del Prof. SANTE DE SANCTIS

Volume di pagg. XII-512, con 194 figure originali nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina. Prezzo L. **35**, più le spese postali di spedizione.

Esclusivamente agli abbonati del « Policlinico » è ceduto per sole L. **15** franco di porto in Italia. Per l'Estero L. **20** causa le occorrenti maggiori spese di spedizione raccomandata.

Inviare Vaglia Postale o Cheque Bancario all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Oliguria abituale.

L. Marenduzzo (*Folia medica,* 15 aprile 1935) riferisce il caso di una donna di 22 anni, senza malattie degne di nota nell'anamnesi, la quale oltre a note di oligoemia, astenia, pallore, con cute ad apparenza tumida, presentava un'oliguria costante al di sotto di 50 cmc. nelle 24 ore. Urine a peso specifico elevato (1040-1050) con minime tracce di albumina, senza elementi renali; urea 32-38/1000, cloruri 10-12/1000.

Con la prova di diluizione, viene eliminata soltanto la metà circa dell'acqua a P. S. non molto basso (il rene non diluisce); con il sovraccarico di cloruro di sodio, risulta evidente una ritenzione. Prova della fenol-sulfonftaleina normale.

Nessun effetto con la somministrazione di teobromina; effetti diuretici con il novasurol. Effetti sulla diuresi (fino a 1000-12000 cmc. nelle 24 ore) con la somministrazione di estratto totale ipofisario e di estratto tiroideo che determinano anche un miglioramento generale nel benessere. L'A., per quanto non si siano rilevate alterazioni della sella turcica alla radiografia, propende per l'origine ipofisaria della oliguria nella sua malata, anche per lo stato di adiposità.

L'A. ricorda quindi la classificazione delle oligurie fatta da Bauer.

1) *O. costituzionale primitiva* di origine renale; emissione di orine ad alto peso specifico, senza speciali disturbi; funzionalità renale non disturbata nei singoli casi; l'aggiunta di sale fa aumentare il peso specifico perchè viene rapidamente eliminato; quantità delle orine quasi immutata alla prova dell'acqua.

2) *Oligodipsia costituzionale* (opposta al diabete insipido da polidipsia primaria); le orine sono scarse per l'individuo non avendo sete beve poco. Normali le prove del sovraccarico di sale e dell'acqua; stato di salute normale.

3) *Oliguria da ritenzione di acqua nei tessuti.* Mancano disturbi renali, ma la prova dell'acqua è positiva (ritenzione), mentre non si ha ritenzione di sale. La pelle, da un lieve stato di pastosità, può arrivare ad un edema pronunciato.

4) *Oliguria da ritenzione di sali nei tessuti.* L'acqua viene rapidamente eliminata, mentre il sale viene trattenuto con aumento del peso specifico e diminuzione della quantità di orine. Idremia, ipocloremia marcate con edemi consecutivi. Le variazioni del peso del corpo, per la ritenzione dei sali (e quindi dell'acqua) possono essere enormi (19 kg. in 17 giorni). Vi sono casi di idrolipomatosi, in cui manca l'edema ed è il grasso che trattiene i sali ingeriti in eccesso.

5) *Oliguria da ritenzione di acqua e sali.* Risulta dalla combinazione della III e IV categoria; cloroidrofilìa con lipofilìa, per cui invece di edemi, si hanno depositi di grasso spugnoso. Si ha la sindrome: obesità-ipofisaria-cerebrale periferica, analoga alla distrofia adiposo-genitale.

Per la patogenesi, si pensa ad un disturbo di un centro nervoso situato nel pavimento del III ventricolo o ad anomalie primarie dei tessuti, con partecipazione dell'ipofisi, oppure ad insufficienza plurighiandolare.

fil.

L'incontinenza di urina nel bambino.

G. Dreyfus See (*Presse médicale,* 1° maggio 1935) consiglia di ricercare dapprima se esistano delle possibili cause che mantengono tale incontinenza. Si incomincierà con l'esame locale degli organi della minzione (fimosi, ipospadia, vulviti), continuando poi con quello delle urine (diabete infantile od insipido, piuria, calcolo vescicale, bacillosi renale, nefrite). Talvolta l'esplorazione sistematica del sistema nervoso rivela la presenza di crisi comiziali fruste (successo della cura al gardenal).

Nella maggior parte dei casi, però, si tratta di *enuresi essenziale,* che colpisce con la stessa proporzione i due sessi; spesso si ha un fattore ereditario o familiare.

Possono esservi dei *fattori locali*: lesioni rino-faringee ed anomalie del massiccio facciale (adenoidi, deviazione del setto, malformazioni maxillo-dentarie e palatine, tonsille ipertrofiche od infette); piccole lesioni degli organi urinari (prepuzio troppo lungo, irritazione vulvare minima, prurito vulvare), presenza di ossiuri. Si trovano talora le urine troppo acide o troppo alcaline. Si è incriminata la spina bifida occulta (diagnosticabile con l'esame radiologico dopo iniezioni al lipjodol epidurale), che realmente può avere una certa importanza eziologica; talora, però, le due lesioni coesistono indipendentemente.

Importante è il *terreno costituzionale.* Trattasi spesso di nevropatici, spasmofilici, emotivi, con squilibrio vago-simpatico più o meno manifesto. I fattori nervosi spiegano l'influenza dell'ambiente (scomparsa dell'enuresi con un cambiamento di ambiente, con emozioni, ecc.). Fra i deficit ghiandolari, sono soprattutto da ricercarsi quelli tiroidei o le insufficienze plurighiandolari.

Può avere importanza in qualche caso, lo stato generale, quando si tratta di bambini ipotonici, stanchi, deficienti; spesso, per es., si è in presenza di individuo di apparenza del tutto robusta.

Per i fattori infettivi, pensare specialmente alla sifilide.

È difficile prevedere l'evoluzione della malattia, che appare capricciosa, il che spiega i successi talora ottenuti da ciarlatani. Il trattamento sistematico dei fattori locali e generali ha talvolta un successo, altre volte, invece, è del tutto inefficace. Utili talora sono i rimedi sedativi, antispasmodici, tonicizzanti (belladonna, stricnina). La persistenza dell'enuresi costituisce per il malato una vera tara, che ha gravi conseguenze sociali e può avere un risentimento psichico notevole. *fil.*

Le glomerulo-nefriti.

Le glomerulo-nefriti costituiscono un gruppo di affezioni renali che di solito si delimita facilmente dalle altre nefropatie. Può prestarsi a confusione soltanto la sclerosi maligna dei tedeschi, descritta dai francesi come glomerulo-nefrite tossica.

Le glomerulo-nefriti del tipo nettamente infiammatorio sono quasi sempre in evidente rapporto con un processo infettivo, il più spesso streptococcico, nozione che fa totalmente difetto nella sclerosi maligna.

Dal punto di vista eziologico, le glomerulo-nefriti sono come si è detto sempre infettive; anatomicamente, sono di natura infiammatoria, regola che comporta soltanto due eccezioni: nello stadio acuto delle forme gravi, si osserva talora una predominanza del processo necrosante e nello stadio cronico delle forme lente, la natura infiammatoria è mascherata talvolta dalla sclerosi.

Nei rapporti con il processo infettivo, la glomerulo-nefrite evolve simultaneamente con esso, mancando di individualità clinica propria. In una seconda varietà di casi, la glomerulo-nefrite viene messa in moto dall'infezione e continua ad evolvere per proprio conto; in tal caso, la nefrite ha un'individualità clinica. Tale distinzione può indicarsi parlando di glomerulo-nefriti infettive e postinfettive.

Ch. Oberling e G. Hoerner (*Arch. malad. reins*, gennaio 1935) rilevano la rarità delle glomerulo-nefriti di origine scarlattinosa, mentre osservano che le angine e le infezioni reumatiche hanno un'importanza molto maggiore.

Dal punto di vista anatomo-patologico, la classificazione dei tedeschi in forme diffuse e parcellari è troppo schematica e non risponde alla realtà dei fatti. Gli AA. propongono la distinzione in:

forme flemmonose leucostatiche (glomerulo-nefriti acute setticemiche;

forme endocapillari (capillarite glomerulare più o meno estesa a localizzazione essenzialmente endoteliale);

forme trombosanti.

L'autonomia morfologica di queste tre forme è però ben lungi dall'essere assoluta, avendosi spesso forme miste e di passaggio. *fil.*

Rottura della pelvi renale.

Abeshouse (*Surg. Gyn. et Obst.*, 1935, III) passa in rivista 64 casi di rottura della pelvi renale riuniti dalla letteratura, più 5 casi personali. Secondo l'A. la rottura della pelvi renale è una evenienza rara. La rottura può essere traumatica o spontanea. Il tipo di rottura da traumatismo si può riscontrare in un rene normale o alterato sia per processi infiammatori (pielonefrite cronica) o per cause occlusive (idronefrosi). La rottura è generalmente effetto di un trauma diretto o indiretto esercitato sul rene in modo che la pelvi distesa fisiologicamente o patologicamente sia schiacciata contro l'ultima costa o l'apofisi trasversa della vertebra lombare superiore. La rottura può essere lineare o radiale.

Il tipo di rottura spontanea praticamente accade sempre in un rene già sede di un processo pielonefritico o di cui la pelvi sia lesa da svariate cause. La più comune è l'idronefrosi secondaria a occlusione calcolosa della pelvi o dell'uretere. Un'altra causa è data dalla necrosi da compressione da calcolo nella pelvi. Talvolta si è avuta la rottura per perforazione strumentale o eccessiva pressione esercitata dalla siringa nella pielografia.

Le rotture traumatiche sono più frequenti di quelle spontanee. Non esiste un complesso sintomatico assolutamente tipico; precedenti di pielonefrite o di idronefrosi con un dolore improvviso; il formarsi di una tumefazione al fianco con brividi, febbre, nausea, vomito, shock o collasso potrebbero farla sospettare. La pielografia potrebbe costituire un segno importante.

Il trattamento più sicuro è la nefrectomia; la sutura della pelvi è stata talvolta tentata ma non è sempre un metodo sicuro.

Jura.

Leucoplasia della pelvi in rene a ferro di cavallo.

Reynolds e Howard (*The Journ. of Urol.*, gennaio 1935) riferiscono un caso di rene a ferro di cavallo, in cui la metà s. era trasformata in una sacca uronefrotica, e mostrava al taglio, una pelvi la cui mucosa aveva assunto un aspetto quasi di cute spessa, grigio-bluastra con numerose rughe. All'esame istologico l'epitelio si mostrava pavimentoso stratificato, con uno strato superficiale corneo, bene accentuato. Gli AA. pensano che la leucoplasia urinaria, oltre ad essere l'espressione di uno stato irritativo cronico della mucosa, può, in alcuni casi, essere l'indice di uno stato di avitaminosi A.

Lozzi.

Tumori metastatici dell'uretere.

Kirkbann (*The Journ. of Urol.*, febbraio 1935) riferisce di 5 casi di vere metastasi epiteliomatose dell'uretere.

L'uretere come sede di metastasi di tumore è eccezionalissima, solamente 11 casi ne erano stati riferiti fin qui. Sicchè con i 5 dell'A. i casi noti sono appena 16.

Le metastasi vere però, non vanno confuse, con una invasione neoplastica dell'uretere, in seguito all'estensione di un tumore di un organo vicino.

La metastasi talvolta può colpire entrambi gli ureteri.

Interessante il caso riferito dall'A. in cui la metastasi comparve 5 anni dopo l'asportazione di un epitelioma della mammella ed in cui fu fatta una nefro-ureterectomia. LOZZI.

Un caso d'estrofia vescicale cancerizzato.

I casi di estrofia vescicale cancerizzati sono molto rari e nella letteratura se ne incontrano appena una ventina. Quello riferito da R. Gayet (*Journ. d'Urol.*, aprile 1935) è particolarmente interessante perchè aveva colpito una donna di 64 anni, in cui la malformazione congenita per tutto questo tempo era stata sopportata bene. Un dato molto importante messo in evidenza è rappresentato dal reperto della pielografia ascendente, che mostra gli ureteri e le pelvi appena dilatati. Il tumore era un epitelioma a cellule cilindriche, e non fu asportato perchè la p. rifiutò l'intervento operatorio.

LOZZI.

I polipi della cupola vescicale.

H. Blanc (*Journ. d. Urol.*, marzo 1935) riferisce su sette osservazioni di tumori poliposi della cupola vescicale, i quali si comportarono tutti come tumori maligni. Dalle sue e da altre osservazioni l'A. è indotto alle seguenti considerazioni:

I. Il tumore della cupola è sempre più esteso di quello che si potrebbe sospettare alla cistoscopia, e la sua infiltrazione sempre più imponente.

II. Praticamente non esistono tumori benigni della cupola vescicale, anche se sono dei polipi istologicamente benigni.

III. In presenza di un polipo della cupola vescicale bisogna ricorrere sempre alla cura energica: resezione vescicale larga. LOZZI.

Nei crampi vescicali da cistite o da gonorrea.

H. Kahr (*Konservative Therapie d. Frauenkrankh.*) consiglia:

1) Estratto di belladonna . cg. 2
Burro di cacao . . . . g. 2
M. fa suppositorio
S. 2-3 al giorno.

2) Estratto di belladonna . . cg. 10
Salicilato di sodio . . . g. 5
Sciroppo semplice . . . » 10
Acqua fontis q. b. per . . » 100
S. Un cucchiaio, 3 volte al giorno.

DIETETICA.

Alimenti dannosi.

W. C. Alvarez e H. C. Hinshaw (*Journ. amer. med. assoc.*, 8 giugno 1935) osservano che il medico, nel prescrivere una dieta al paziente, utilizza delle formule già fatte, che non tengono conto delle possibili suscettibilità individuali nè delle idiosincrasie. Anche i trattati considerano soltanto alcune proprietà dei cibi, fra cui specialmente il contenuto vitaminico, ma trascurano la digeribilità e soprattutto le possibili differenze individuali di tollerabilità e non è, quindi, facile essere informati della convenienza o meno di somministrare un dato cibo ad un dato paziente.

Gli studiosi dei problemi dell'allergia hanno di molto contribuito alla soluzione di questo problema, trovando che gli alimenti che più spesso turbano la salute od il benessere del paziente sono proprio i più comuni: latte, farina, uova, cioccolato, cavoli, arance.

Non tutte le sensibilità agli alimenti sono basate sull'allergia; vi sono certe sostanze in alcuni cibi, che provocano irritazione intestinale ed anche disturbi a distanza dell'addome. Un altro fattore che può provocare del malessere è la cellulosa indigeribile, contenuta in vari cibi.

Gli AA. basano il loro studio su un questionario rivolto a 500 pazienti intelligenti, che si lamentavano di disturbi digestivi, richiedendo quali cibi essi potevano digerire bene e quali invece provocano disturbi. La farina di grano è menzionata soltanto in un caso. Molti pazienti avevano sofferenze dopo l'ingestione di cipolle, mele, cavoli o latte. Altri cibi che abbastanza spesso provocano disturbi sono: cioccolato, ravanelli, pomidoro, cetrioli, uova, grassi, poponi, carne di bue, fragole, caffè, lattuga, fagioli secchi, cavolfiore, granoturco e cibi in salamoia.

La proporzione dei pazienti che non tolleravano il latte era del 7 %, che non tolleravano le uova, del 3 %. Evidentemente, la proporzione è alta, trattandosi di individui che ricorrevano al medico, appunto per disturbi digestivi.

In molti, gli accessi di emicrania erano in rapporto con l'uso di cioccolato, cipolle, latte, pistacchi, cavoli, uova.

Talvolta, certi dati cibi producevano depressione mentale, sonnolenza o varie sensazioni strane al capo.

Accessi transitori di orticaria sono comunemente attribuiti all'uso di fragole, pomidoro, uova, pesce, latte e cioccolato (chi scrive ne ha veduto anche in seguito all'uso di lenticchie). Invece, l'orticaria costante è raramente dovuta ai cibi.

Le cipolle, i cavoli, le mele crude ed i ravanelli sono considerati come produttori di gas; anche il latte è uno dei cibi che più spesso provoca disturbi.

Talvolta, due fattori si combinano per produrre i sintomi sgradevoli: quel dato alimento, con la polvere, l'affaticamento, l'emozione, il polline.

Gli AA. hanno fatto una lista di cibi che possono considerarsi come innocui o quasi e che possono essere usati come dieta di eliminazione, per studiare quale è il cibo dannoso per quel dato paziente. Tali cibi sono: agnello, gelatina, burro, zucchero, riso, segala, orzo, arrowroot, tapioca, soia, mele cotte, ananasso, barbabietole, asparagi, piselli, patate dolci, rape, carote, zucche, carciofi, pere cotte e thè leggero.

È pertanto necessario distogliersi dalla consuetudine di prescrivere soltanto una dieta da cui siano eliminati gli alimenti grassi e dalle formule standardizzate; lo studio della tolleranza individuale dimostrerà che spesso la natura della dieta non ha nulla a che fare con i disturbi di cui si lamenta il paziente e che vanno talvolta riferiti soltanto a determinati cibi. *fil.*

I grassi nell'alimentazione dei gottosi.

In seguito a somministrazione ai gottosi di una dieta ricca di grassi e scarsa in carboidrati, L. M. Lockie e R. S. Hubbard (*Journ. amer. med. assoc.*, 8 giugno 1935) hanno osservato quanto segue:

1) Aumento della concentrazione dell'acido urico nel sangue e diminuzione nell'urina, quando la dieta è continuata abbastanza a lungo; il reperto è analogo a quanto si osserva nei normali.

2) Con la sostituzione di tale dieta con quella scarsa in grassi e ricca in carboidrati, l'acido urico del sangue ritorna lentamente al livello iniziale; invece, nei normali, tal ritorno è rapido.

3) Con la somministrazione della dieta ricca in grassi, gli attacchi di gotta si manifestano entro pochi giorni. I sintomi articolari cessano quando si sostituisce tale dieta con quella scarsa in grassi e ricca in carboidrati.

4) Queste variazioni nei sintomi clinici non dipendono direttamente dal conteuto in acido urico nel sangue, in quanto che gli accessi si manifestano prima che l'acido urico sia aumentato e scompaiono quando esso è ancora ad un alto livello.

5) Una dieta analoga somministrata a pazienti con artrite cronica non ha prodotto nessuna esacerbazione.

Gli AA. vengono quindi alla conclusione che le diete ricche in grassi e scarse in carboidrati sono sconsigliabili nei gottosi e che la comparsa o meno di accessi di gotta in seguito all'uso di tale dieta può servire come criterio per la diagnosi differenziale della gotta. *fil.*

VARIA

I bacilli come armi omicide.

Sono stati usati recentemente nelle Indie inglesi, allo scopo di sopprimere un individuo per carpirne l'eredità. Furono dapprima spalmati degli occhiali con una cultura di bacilli pestosi; ne risultò una malattia che, pure essendo molto grave, passò a guarigione. In seguito, per ottenere lo scopo, la coltura di bacilli venne introdotta — a quanto sembra — mediante la puntura. Ne sarebbe risultato la morte dell'individuo. Tanto il mandante che quegli che aveva fornito la cultura dall'Istituto Haffkine, vennero condannati a morte, malgrado mancassero prove decisive. (*Journ. amer. med. assoc.*, 20 aprile 1935). *fil.*

Aumentato numero di suicidi in Giappone.

Si è verificato in Giappone un notevole aumento nel numero dei suicidi. Nel 1932 si ebbero nella prefettura di Tokyo 1585 suicidi effettuati e 1018 tentati, mentre nel 1933 le due cifre sono salite rispettivamente a 1805 e 2000. Il luogo più frequentemente scelto per suicidarsi è il cratere del vulcano Miharayama, presso Tokyo, dove si ebbero, nel 1933, 125 suicidi effettuati e 826 tentati.

Le cause possono ascriversi a: malattia (20 %), povertà e disoccupazione (13 %), dispiaceri di famiglia o delusioni amorose (9%). Il suicidio non è generalmente considerato delitto in Giappone.

Le donne e la medicina in Gran Bretagna.

Secondo il *British Medical Journal*, le donne che studiano medicina frequentano in Inghilterra corsi misti; soltanto la « London School of Medicine for Wonrew » a Londra è completamente riservata alle donne. Esistono anche corsi speciali per le donne presso l'« University College Hôpital » e il « King 's College Hôpital ».

Nell'anno 1931-32, il numero complessivo delle donne studenti di medicina nelle diverse Facoltà della Gran Bretagna, risultò di 1272, contro 9107 uomini.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. ROASENDA. *Sopra un nuovo modo di provocazione (di P. Morin) e sopra una manifestazione patologica particolare del riflesso pupillare alla luce.* — Tip. Accame, Torino, 1934.

A. M. FIAMBERTI. *Spasmo retinico prodromo di accesso maniacale.* — Tip. Regionale, Roma, 1934.

G. ROASENDA e S. GARETTO. *Ancora dell'atropina contro i dolori tabici.* — Tip. Edit. Minerva, 1934.

Istituto di Patologia Medica della R. Università di Milano. — Industrie Grafiche Stucchi, Milano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Limiti della medicina sociale.

(A. ILVENTO. *Rassegna Italiana di Medicina Sociale*, maggio 1935-XIII).

Il campo della medicina sociale, branca giovanissima della medicina, è stato volta a volta confuso con quello della demografia, delle assicurazioni sociali, dell'eugenetica, della medicina politica ed anche della medicina legale. La medicina sociale invece trae elementi da queste branche e da altre per atteggiarli secondo un determinato metodo di ragionamento in rapporto al momento storico in cui viviamo. Essa studia il fenomeno « malattia » nell'ambiente sociale, in cui esso si verifica. La clinica ha dimostrato che i varî quadri nosografici variano da uomo ad uomo secondo una serie infinita per cui in pratica bisogna guardare non solo alla malattia, ma anche al malato. Le osservazioni fatte inconsciamente dai medici, da epoca remota, sulle relazioni dell'ambiente esterno con il temperamento degli individui ad esso soggetti, assurgono oggi a dottrina per giungere a formulare leggi generali.

L'ambiente sociale ha per elementi principali: abitazione, urbanismo o ruralizzazione, occupazione, alimentazione, condizioni economiche ordinarie e straordinarie ecc. Esso a differenza dell'ambiente naturale è influenzabile dalla nostra volontà, per quanto in limiti ristretti, perchè anche esso risponde a grandi leggi che sono una sottospecie di quelle naturali.

L'ambiente sociale è capace di influenzare potentemente il decorso della malattia e l'esito di essa: infatti nelle malattie croniche in specie, tale decorso è differente nel ricco e nel povero, in chi vuole e può seguire i consigli del medico e in quello che li trascura.

Studiare intimamente i rapporti tra ambiente sociale e malattia: ecco il compito della malattia sociale. Essa ricava il suo materiale di studio dalla statistica demografica, dalla statistica delle cause di morte; ma ciò non basta, è necessario risalire allo studio caso per caso, secondo il metodo generale delle branche mediche tutte. Dopo questa lunga e paziente analisi, verrà la sintesi, la quale porterà ad istituire l'igiene sociale, la quale fino dal 1903 il De Giaxa insegnava, reputando che una parte di essa fossero le misure di polizia sanitaria e le opere d'igiene pubblica.

La terapia, dal campo dei farmaci e delle diete assurge alla tutela delle condizioni sociali in cui l'individuo vive e tende alla eliminazione delle cause che lo hanno fatto ammalare o che ne rendono precaria o difficile la guarigione. Ecco entrare in campo l'assicurazione sociale nelle sue varie forme, affermatasi per opera del Fascismo e dilagante nei più varî campi sempre con crescente successo.

VICENTINI.

Cronaca del movimento professionale.

Per la eliminazione del cumulo degli incarichi.

Una circolare del Ministero dell'Interno ai Prefetti del Regno, in data 1° giugno, ribadiva una norma che il « Foglio d'ordini » del Partito Nazionale Fascista aveva già enunciato: l'eliminazione del cumulo degli incarichi retribuiti tra i sanitari, sopratutto quelli che occupano posti in pianta stabile presso le pubbliche Amministrazioni.

In base a detta circolare, che tiene opportuno conto delle indispensabili eccezioni e limitazioni, i Prefetti sono stati invitati a rivolgere premure in tal senso anche agli Enti Autarchici dipendenti, alle Istituzioni di beneficenza e di assistenza e a tutte le Associazioni ed Enti assistenziali sanitari esistenti in provincia. Si rende indispensabile che anche gli Enti parastatali si uniformino al generale indirizzo politico del Regime, ed esaminino l'opportunità di revocare gli incarichi retribuiti eventualmente affidati a sanitari già provvisti di un assegno fisso adeguato alle necessità della loro famiglia, ripartendo equamente gl'incarichi stessi fra i sanitari che ritraggono scarsi guadagni dalla loro attività professionale e non abbiano occupazioni remunerative.

Organizzazione della Stampa Medica.

Ordine del giorno approvato dal Direttorio del Sindacato Nazionale Fascista Medici nella seduta del 17 luglio 1935-XIII:

« Il Direttorio del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici approva l'iniziativa di costituire una Sezione Tecnica della Stampa Medica in stretto collegamento col Sindacato Nazionale Fascista dei Giornalisti.

« Esprimendo il proprio compiacimento per il miglioramento apportato al giornale del Sindacato Nazionale Medici « Le Forze Sanitarie », consiglia di perfezionare sempre più il detto giornale nell'intento di maggiormente diffondere la cultura medica italiana sia in Patria che all'Estero.

« A tal uopo crede si debba istituire un indice bibliografico di tutti i lavori scientifici italiani facendone il riassunto dei migliori tra gli originali.

« Dà incarico al Segretario Nazionale del Sindacato Medico di prendere accordi col Comitato Medico del Consiglio Nazionale delle Ricerche (che già pubblica la Bibliografia Medica Italiana) al fine di unire gli sforzi per diffondere sempre più fra i medici italiani le cognizioni culturali ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Bologna, Cremona, Grosseto, Milano 30 agosto; Alessandria Aquila, Brescia, Caltanissetta, Catanzaro, Cuneo, Ferrara, Frosinone, La Spezia, Littoria, Massa, Macerata, Modena, Napoli, Nuoro, Palermo, Pescara, Piacenza, Pisa, Pistoia, Pola, Potenza, Ravenna, Rieti, Roma, Salerno, Siracusa, Sondrio, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Treviso, Venezia, Vercelli, Verona 31 agosto; Siracusa 10 settembre; Chieti, Foggia, Sassari 15 settembre; Pesaro 30 settembre; Aosta 1 ottobre; Bolzano 10 ottobre. Per Udine prorogato al 10 settembre (ore 18).

Alessandria d'Egitto. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini ».* — Scad. 31 ottobre; aiuto nel reparto medico. Rivolgersi alla Direzione.

Aquila. — Presso la R. Prefettura è aperto il concorso, per titoli ed esami, ai seguenti posti di medico condotto, con scadenza, per tutti, il 31 agosto 1935. Documenti prescritti; età anni 35, salvo eccezioni di legge. Ateleta (unica). Stipendio annuo L. 9500 e L. 3000 per mezzi di trasporto. — Avezzano (prima condotta). Stip. L. 8500; nonchè la frazione Cese. Stip. L. 8500. — Capestrano (unica). Stip. L. 8500. — Carsoli (prima condotta). Stip. L. 8500 e L. 3000 per mezzi trasp. — Castel di Sangro (seconda condotta). Stip. lire 8500. — Celano (prima condotta). Stip. L. 8500. — Gagliano Aterno (unica). Stip. L. 9500. — Morino (frazione *Rendinara*). Stip. L. 9500. — Ocre (unica). Stip. L. 9500, più L. 3000 per mezzi trasporto. — Prezza (unica). Stip. L. 9500, più L. 3000 per mezzi trasporto. — Sante Marie (seconda condotta). Stip. L. 9500, più L. 3000 per mezzi trasporto. — Scurcola Marsicana (unica) Stip. lire 9500, più L. 3000 per mezzi trasporto. — Villavallelonga (unica). Stip. L. 9500.

Avellino. — Posto di Direttore del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio lire 16.700, più servizio attivo L. 3700. Scadenza 29 agosto 1935.

Bari. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami concorso a tre posti di medico condotto: Palese Macchie (frazione di Bari). Stipendio L. 9500, più L. 2100 pel servizio attivo; caro-viveri. — Torre Pelosa (frazione di Bari). Stipendio L. 9500, più L. 2100 pel servizio attivo; caro viveri. — Bitetto. Stipendio L. 10.000, cinque aumenti quadriennali del decimo, pel servizio attivo L. 500, caro viveri. Per tutte, scadenza 15 settembre 1935.

Brindisi. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 25 sett.; medico direttore del Brefotrofio Provinc. « Principessa Maria di Piemonte »; L. 13.700 e 3 quadrienni di L. 900, serv. att. L. 3500; è consentito il libero esercizio profess.; età limite 35 anni al 5 agosto; specializzaz. in pediatria; tassa lire 50,10. Rivolgersi al Preside.

Chieti. — Per titoli ed esami, concorso al posto di Direttore della Sezione Medica Sierografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio L. 16.000 oltre quattro aumenti quadriennali di L. 1000, più L. 3000 pel servizio attivo. Scadenza 15 settembre 1935.

Ferrara. Presso la *R. Prefettura.* — Concorso per titoli ed esami ai posti di medico condotto per i seguenti cinque comuni: Berra. Stipendio L. 9500; complementare L. 2280, più L. 2500 per mezzi di trasporto. — Bondeno. Stipendio L. 8000, più L. 2000 pel servizio attivo e L. 500 per mezzi di trasporto. — Comacchio. Stipendio L. 10.000; complementare L. 3000, più L. 3500 per mezzi di trasporto. — Mesola. Stipendio L. 10.000; complementare L. 2520, più L. 2500 per mezzi di trasporto. — Ro Ferrarese. Stipendio L. 9500; complementare L. 3000, più per mezzi di trasporto, se automobile, L. 2500. Per tutte, scadenza 31 agosto

Firenze. *Ospedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Scad. 30 sett., ore 17; due aiuti per l'Ospedale Sanatorio di Careggi; titoli ed esami; età limite 35 anni; stip. L. 7050, c.-v., indennità e proventi regolamentari. Tassa L. 50. Voti negli esami speciali. Chiedere avviso alla Segreteria.

Frascati *(Roma). Ospedale S. Sebastiano M.* — Scad. mesi uno dal 14 agosto; primario chirurgo; titoli; L. 18.000 e 3 quinquenni decimo. Non sono ammesse le donne. Chiedere avviso alla Direzione.

Frosinone. Presso la *R. Prefettura.* — Concorso per titoli ed esami ai seguenti posti di medico condotto: Acquafondata. Stipendio L. 10.000. — Alatri (terza condotta). Stipendio L. 8500. — Alvito. Stipendio L. 8500. — Castelliri. Stipendio L. 10.500. — Ceccano (seconda condotta). Stipendio L. 8500. — Ceprano (seconda condotta). Stipendio L. 8500. — Colfelice. Stipendio L. 10.500. — Collepardo. Stipendio L. 10.500. — Pontecorvo. Stipendio L. 8500. — Roccadarce. Stipendio lire 10.500. — Roccasecca. Stipendio L. 9500. — Sgurgola. Stipendio L. 10.500. — Vico nel Lazio. Stipendio L. 10.500. N.B. Tutti gli assegni suindicati sono aumentabili del decimo per 5 quadrienni. Scad. per tutte le condotte, il 31 agosto 1935.

Genova. *Comune.* — Scad. 30 sett.; due medici igienisti di 2ª classe; L. 14.000 e 10 bienni di L. 450, c.-v.; età limite 35 anni; tassa L. 50; iscrizione nell'albo professionale. Domanda e documenti alla R. Prefettura. Chiedere avviso all'ufficio personale del Municipio.

Littoria. — Posti di medico condotto per le condotte di: Littoria; Borgo Grappa; Borgo Sabotino; Borgo Montello. Per ciascuna condotta stipendio L. 9500, oltre 10 aumenti biennali del decimo, più L. 1800 servizio attivo; per mezzi di trasporto L. 5000 se automobile. Scadenza 31 agosto 1935.

Mantova. *Comune.* — Concorso per esami e per titoli al posto di *Direttore della Sala Celtica e del Dispensario Antivenereo Comunale.* Scadenza al 30 settembre 1935-XIII. Stipendio L. 8000 al lordo delle ritenute di legge e delle riduzioni di cui i RR. DD. 20-11-1930 n. 1491 e 14-4-1934 n. 561. Non vengono concessi aumenti periodici, nè indennità. Nomina per un triennio, salvo conferme triennali. Età massima anni 35, salve eccezioni di legge. Richiedere bando alla Segreteria Comunale.

Milano. *Pio Istituto Bassini per gli erniosi poveri di Milano e delle Province Lombarde.* — Scad. 31 agosto; chirurgo primario, L. 15.600, età limite 40 a.; aiuto chirurgo, L. 10.500, età limite 35 a.; medico assistente, L. 7500, età lim. 30 a. Rivolgersi alla sede, via Ricordi 1.

Oristano *(Cagliari). Congregaz. di Carità.* — A tutto il 10 sett., medico primario presso l'Ospedale Civile; L. 12.000 e 2 sessenni 10 %. Rivolgersi alla Presidenza.

ORVIETO. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 30 sett.; assistente presso l'Ospedale Civile; L. 7000, oltre serv. att. L. 600, c.-v., indennità ospedaliera lire 2500, partecipaz. 5 e 10 %; età limite 35 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Segreteria.

PESARO. *Congregazione di Carità.* — Al 31 agosto; medico vice-direttore dell'Ospedale S. Salvatore; L. 9000 e 6 trienni ventesimo oltre L. 1200 serv. att., c.-v., L. 500 per le funzioni di vice-direttore, percentuali; età 30-45 anni s. e. l.; quinquennio in reparti medici ospedalieri o cliniche con numero di letti non inferiore a 100 con qualifica non inferiore ad assistente; rivolgersi alla Segreteria.

PIACENZA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Concorso per titoli ed esami a medico direttore del Consorzio; L. 27.000 e 5 quadrienni dec.; indennità trasferte e rimborsi; divieto libera professione; scad. ore 18,30 del 15 ottobre; rivolgersi alla Segreteria (via Garibaldi 50); età limiti 30-40 anni all'8 agosto. Quinquennio di esercizio; voti agli esami speciali. Chiedere bando.

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.* — É aperto un concorso per titoli e per esami a quindici posti di Medico presso l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Gli aspiranti dovranno, non più tardi del 30 settembre 1935-XIII, presentare i documenti, facendosene rilasciare ricevuta, o far pervenire, per mezzo della posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno, alla Direzione Generale (Servizio personale) dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, in Roma, via Minghetti 22. Si richiede lo specchio dei voti riportati negli esami speciali e di laurea. Non sono ammesse le donne. Titoli ed esami. Stipendio annuo L. 23.000, oltre l'aggiunta di famiglia. Non è consentito l'esercizio professionale privato. Chiedere l'avviso di concorso. Per ogni informazione gli aspiranti potranno rivolgersi alla Sede Centrale (Servizio personale).

TORINO. *Ospedale Mauriziano Umberto I.* — Scad. 31 agosto; concorso fra studenti di medicina e chirurgia della R. Università per la nomina di assistenti effettivi e volontari; alloggio, assegno annuo di L. 800. Rivolgersi alla direzione.

CONCORSI A PREMI.

Concorso per monografie regionali sul problema della tubercolosi.

In occasione del quinto congresso nazionale antitubercolare che avrà luogo a Roma nei primi giorni del prossimo novembre, la Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi ha bandito un concorso nazionale tra gli studiosi, sul tema: « Il problema della tubercolosi nelle singole regioni d'Italia ». Ciascun lavoro dovrà pertanto prendere in esame una singola regione. L'esame dei singoli lavori è stato affidato alle sezioni regionali della Federazione per ogni regione d'Italia.

La Federazione mette a disposizione delle sezioni lire 2000 che saranno assegnate al lavoro giudicato migliore. Tutti i lavori premiati nelle singole regioni saranno poi esaminati da una Commissione centrale a Roma per l'assegnazione del premio nazionale di lire 5000. Il lavoro a cui sarà assegnato il premio nazionale verrà integralmente pubblicato a spese della Federazione. La data della presentazione dei lavori alle singole sezioni regionali è fissata al 1° gennaio 1936-XIV.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Herbert Spencer Glacer, professore di fisiologia alla « Cornell University », è nominato direttore dell'Istituto Rockefeller di New York, in sostituzione del dott. Simon Flexner, andato a riposo per limiti d'età.

Il dott. Wilbur A. Sawyer è nominato direttore della Divisione Internazionale d'igiene della Fondazione Rockefeller, in sostituzione del dott. Frederick F. Russell, che andrà a riposo col 1° settembre per limiti d'età.

Il prof. J. Lépine di Lione è stato eletto membro dell'Accademia delle Scienze di Parigi.

Al recente Congresso Internazionale di Bruxelles per gli Infortuni e le malattie da lavoro, nella seduta inaugurale, il prof. Juillard, direttore della Clinica Chirurgica di Ginevra, ha comunicato il risultato del concorso istituito dal VI Congresso di Ginevra, sul migliore lavoro originale ed inedito, sul tema: « Importanza dello stato anteriore nella valutazione dei postumi di un infortunio sul lavoro ». Il premio è stato conferito al prof. Di Prisco, assistente nell'Istituto di Medicina del Lavoro nella R. Università di Napoli, diretto dall'on. prof. N. Castellino.

NOTIZIE DIVERSE

I congressi medici di Bologna.

A Bologna — sede della più gloriosa Università del mondo, patria di famosi Lettori, Anatomici, Fisiologi e Clinici — per disposizione di S. E. il Capo del Governo, nell'ottobre si svolgeranno numerosi Congressi e Convegni di Società Medico-Chirurgiche, ai quali è fin d'ora assicurato l'intervento delle maggiori personalità della scienza italiana e straniera.

I Congressi, che si svolgerano nella storica sede dell'Archiginnasio — già sede dell'antico Studio — sono i seguenti: Medicina interna, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Otorinolaringologia, Pediatria, Patologia, Idrologia, Climatologia, Ostetricia, Ginecologia, Medicina sportiva, Radiologia medica, Radiobiologia, Marconiterapia, Dermosifilografia, Medicina Sociale, Analgesia e Anestesia, Chirurgia plastica e Associazione delle dottoresse in Medicina e Chirurgia.

Le manifestazioni scientifiche saranno integrate da una Mostra Internazionale del Libro di Medicina, suddivisa in Mostra del Libro Antico e in Mostra del Libro Moderno e da una Mostra del Materiale Sanitario. Questa comprenderà specialità medicinali, materiale sanitario, materiale chirurgico, radiologico e di arredamento ospedaliero. Alle Mostre del Libro di Medicina, oltre le case italiane e straniere, potranno partecipare direttamente anche quegli autori che hanno pubblicato direttamente le loro opere: sarà così offerta ad essi la possibilità di una maggiore valorizzazione dei loro studi e delle loro ricerche.

Le Mostre in parola potranno essere visitate non soltanto dai medici che appartengono alle Società scientifiche dei Congressi, ma anche da tutti i medici italiani, che potranno fruire della riduzione ferroviaria del 50 %.

I soci delle Società scientifiche che terranno i suindicati Congressi riceveranno le tessere di riconoscimento dalle Presidenze delle stesse Società.

I medici non iscritti alle Società potranno richiedere le tessere di riconoscimento al Comitato esecutivo (Palazzo d'Accursio).

Tutti i medici che intendono di essere accompagnati dalle rispettive signore possono richiedere le relative tessere allo stesso Comitato esecutivo.

1° Congresso internazionale di antropologia e psicologia criminali e discipline affini.

La « Società di antropologia e psicologia criminale » (Italia), la « Kriminalbiologische Gesellschaft » (Austria), la « Société de prophilaxie criminelle » (Francia), la « Société de prophilaxie criminelle » (Belgio), la « Sociedad de antropologia e psicologia criminale » (Brasile), la « Sociedad de Criminologia » (Argentina), l'« Institute for the scientific treatment of Delinquency » (Inghilterra), costituitesi in Federazione Internazionale, nel dicembre scorso a Parigi, hanno deciso di tenere nell'aprile 1936 il loro I° Congresso internazionale.

Scopo di tale Congresso è di stabilire i compiti scientifici e pratici fondamentali di tale nuova Federazione Internazionale, e di iniziare, al più presto, un'attiva collaborazione con le Società internazionali di polizia criminale, di diritto penale e di diritto penitenziario, nel campo sia scientifico che pratico della moderna lotta contro il delitto. Tale collaborazione si viene a rendere sempre più indispensabile nella moderna legislazione sociale, penale e penitenziaria, in quanto lo studio dei moventi causali biosociologici della criminalità, della personalità del delinquente nelle sue varie manifestazioni, del meccanismo di sviluppo della pericolosità criminale, e dei più efficaci rimedi preventivi e curativi della criminalità — sia individuale che collettiva — costituisce un elemento sempre più indispensabile nella moderna lotta contro il delitto, e, quindi, di fondamentale importanza per lo stesso progresso sociale e morale delle Nazioni.

A tale scopo il Comitato centrale di tale nuova Federazione internazionale, formato dai proff. Aschaffenburg, Di Tullio, Lenz, Ribeiro, Toulouse, Vervaeck e Weigandt, riunitosi a Bruxelles nell'aprile corrente anno, ha stabilito che, nel Congresso dell'aprile 1936 in Roma, debbano, fra le altre, essere svolte relazioni riguardanti: la etiologia, la diagnostica e profilassi della delinquenza minorile, la profilassi criminale in rapporto alla riforma delle leggi penali, i concetti fondamentali della biologia e della biotipologia criminale, la profilassi criminale generale e l'antropologia penitenziaria.

La Società italiana di antropologia e psicologia criminale va preparando il programma di tale I° Congresso internazionale, ed ha sin d'ora stabilito di presentare ampie relazioni sulla attuale organizzazione della lotta contro il delitto in Italia, e di curare che i congressisti possano visitare i più importanti stabilimenti penitenziari e le più recenti istituzioni per la prevenzione della criminalità e la rieducazione sociale dei delinquenti (in Roma, Napoli, Aversa, Orvieto ecc.).

S'invita a voler inviare le adesioni, e di sollecitare quella di quanti si interessano dello studio scientifico della criminalità, con l'avvertenza che se si desidera fare delle comunicazioni, queste debbono pervenire alla Segreteria Generale del Congresso non oltre il 31 dicembre corrente anno.

La quota di partecipazione al Congresso, per i non iscritti alle varie Società facenti parte della suddetta Federazione internazionale, è di L. 30.

Coloro i quali sono già membri di una delle suddette Società, o di altre del genere in via di formazione, sono pregati di inviare la loro adesione alla Presidenza od alla Segreteria della propria Società, che è incaricata di fissare la quota di partecipazione e di trasmettere l'adesione a questa Segreteria Generale.

Per ogni ulteriore informazione rivolgersi alla Segreteria Generale della Società italiana di antropologia e psicologia criminale, via Giulia 52, Roma.

Corsi internazionali di perfezionamento medico a Berlino.

L'Accademia berlinese per il perfezionamento dei medici, nel prossimo autunno 1935 organizzerà a Berlino i corsi seguenti: oto-rino-laringoiatria (30 settembre-12 ottobre, tassa d'iscrizione: 120 RM); malattie infettive (30 settembre-5 ottobre, tassa: 40 RM); medicina interna (dal punto di vista della patologia funzionale) e terapia (7-19 ottobre, tassa: 60 RM); biologia ereditaria e difesa dei valori della stirpe nella pratica della medicina (7-12 ottobre, tassa: 40 RM); tubercolosi (21-26 ottobre), nel tubercolosario municipale di Berlino « Waldhaus Charlottenburg » a Sommerfeld (tassa: 50 RM); chirurgia degli organi del torace con speciale riguardo della tubercolosi polmonare (28 ottobre-1 novembre, tassa: 80 RM); corsi speciali in tutti i rami della medicina così per quanto riguarda la pratica ospedaliera, come per quello che si riferisce alle ricerche di laboratorio: tali corsi hanno luogo ogni mese; la tassa d'iscrizione è di 50 a 80 RM per 8 lezioni doppie; durante questi corsi vien dato un rilievo particolare all'attività pratica del sanitario: la parte teorica passa in secondo piano, senza venire trascurata.

Per i programmi e informazioni particolareggiate, rivolgersi alla Segreteria della « Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung », Berlin NW E, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

I medici stranieri o tedeschi stabiliti all'estero fruiscono sulle ferrovie del « Reich » del ribasso dell'80 %; inoltre, valendosi dei cosiddetti « Marchi registrati », il medico straniero può ridurre sensibilmente la spesa del proprio soggiorno in Germania. A tale scopo egli farà bene di assumere le necessarie informazioni presso la propria banca e prima di mettersi in viaggio.

Un po' dovunque.

Si è svolto a Bruxelles dal 22 al 27 luglio il 39° Congresso degli psichiatri e neurologi di lingua francese. Il prof. Gaetano Boschi, di Ferrara, riferì sugli importanti contributi recati da italiani ai due temi ufficiali: l'isterismo e la delinquenza minorile. Al Boschi venne offerta la presidenza di una seduta.

Il 4° Congresso ispano-portoghese di urologia si è adunato a Cadice dal 22 al 25 luglio; le relazioni ufficiali riguardarono l'urografia e il trattamento della litiasi reno-ureterale bilaterale; seguirono numerose comunicazioni.

Durante il Congresso dei medici delle regioni alpine, indetto a Innsbruck per il 7 e l'8 ottobre, si terrà una mostra di preparati farmaceutici e di presidî medici. Congresso e mostra avranno

luogo nei locali dell'antica biblioteca universitaria. Rivolgersi al Kommerzialrat Ludwig Assinger, Pressgasse 31, Wien IV, Austria.

Dal 15 al 17 luglio si è tenuta a Londra una Conferenza internazionale per la standardizzazione degli ormoni sessuali, ad iniziativa del Consiglio Medico di Ricerca; vi hanno partecipato 14 delegati.

L'Associazione per la documentazione fotografica e cinematografica nelle scienze terrà un congresso dal 4 all'11 ottobre in Parigi. Riduzione del 50 % sulle linee ferroviarie francesi e del 10 % sulle linee aeree. Rivolgersi, non oltre il 15 settembre, al Dr. Ch. Claoué, rue Scheffer 39, Paris 16e.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 13 maggio, il 21 giugno, il 5 luglio, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Nella prima di queste sedute venne fatta una conferenza dal prof. A. Maurer, sulla toracoplastica nella tubercolosi polmonare. Nelle altre due sedute vennero tenute complessivamente 20 comunicazioni.

La Reale Società Italiana di Igiene ha stabilito di tenere a Milano, nei giorni 19-20 del prossimo ottobre un Convegno Lombardo per la Casa Popolare nei suoi varî aspetti igienico-sociali.

S. E. il Capo del Governo ha dato il suo alto consenso perchè la Società prepari degnamente la progettata riunione, ed il Comitato Esecutivo del Convegno, che ha sede in Milano, via Statuto 5. si tiene a disposizione degli interessati per qualsiasi chiarimento.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 6 giugno ed il 6 luglio, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. V. Gallina. Alla seconda di queste sedute ha partecipato la Società Medico-Chirurgica di Alessandria ed Asti. Nella prima seduta sono state fatte comunicazioni da: U. Clerici Bagozzi, P. Vercelli, V. F. Capuani, M. Lupo; nella seconda da: O. Finzi, E. Balbi, C. Leo (due comunic.) M. Ajmone, U. Clerici Bagozzi, G. Dellepiane, P. Spoto.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 3 luglio, sotto la presidenza del prof. A. Ponzian, assistito dal segretario dott. L. Da Vià. Sono state fatte comunicazioni da: Broglio (2 comunicazioni), Ferrari, Da Vià (due comunicaz.), Marsoni, Da Val.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata l'11 luglio, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris. Sono state fatte comunicazioni da: Tramontini, Coletti, Tomasi.

Il 28 ottobre verrà inaugurato a Torino il grandioso Ospedale delle Molinette, cui sono annesse le cliniche universitarie; consterà di 16 padiglioni, con 10 aule per le lezioni; disporrà di 1160 letti.

È stato organizzato dalla Facoltà medica di Rio de Janeiro, a Nichtreoy (capitale dello Stato), un nuovo ospedale, che comprende le seguenti cliniche: medica, chirurgica, ostetrica, ginecologica, oftalmica, otorinolaringoiatrica, pediatrica, urologica, psichiatrica, dermosifilopatica, tisiologica e odontoiatrica; non manca un reparto per le malattie tropicali. L'ospedale è perfettamente attrezzato, con impianti modernissimi per la diatermia, i raggi ultravioletti, la roentgenterapia ecc. Possiede due ampii anfiteatri per le lezioni.

Nell'Ospedale Municipale I di Hannover è istituita una Sezione di neurochirurgia, capace di 20 malati; è diretta dal dott. Otto Glettenberg.

È stata inaugurata a Londra la nuova sede della « British Dental Association ».

Il prof. Raffaello Silvestrini, direttore della R. Clinica Medica di Perugia, ha istituito, presso questa Clinica (a Monteluce), un Centro diabetico, aperto tre giorni della settimana, per un'ora al giorno, destinato a indagini di accertamento, all'indirizzo terapeutico e, nei limiti del possibile, ai mezzi curativi per i non abbienti.

Il comm. Alfredo Ponti, già direttore generale e membro del Consiglio d'amministrazione del Banco Ambrosiano, ha lasciato 200.000 lire all'Ospedale Maggiore di Milano.

La sig.ra Carolina Tureni ha lasciato allo stesso Ospedale parte della sua proprietà ed uno stabile.

La diaria per gli ospedali municipali di Berlino è stabilita come segue: per adulti R. M. 7; per bambini R. M. 5,20; per bambini infettivi è ridotta a R. M. 2,60 (allo scopo di promuoverne l'ospedalizzazione). In questi prezzi non sono compresi l'impiego dei raggi X e del radium nè le operazioni chirurgiche. Per i meno abbienti, le tariffe sono ridotte alla metà.

Il « Bull. de la Ligue des Soc. de la Croix Rouge » (agosto 1935) informa che l'Unione internazionale di soccorso ha lanciato un appello ai Governi per venire in aiuto delle vittime del terremoto di Pietta. Il Governo italiano ha destinato a tale scopo 1000 sterline (64.000 lire it.), la Romania 20.000 lei, la Germania 1500 marchi, la Svizzera 2000 franchi svizzeri, la Nuova Zelanda 1000 sterline. Si tratta di somme modeste di fronte all'entità del disastro, ma hanno un significato morale di solidarietà.

Secondo il Ministero dell'interno del Giappone, nell'aprile 1935 l'impero contava 76.516 medici diplomati; i medici pratici erano 49.844, ossia 7,41 % della popolazione; nel 1934 si diplomarono 3294 medici.

È stato tratto in arresto ad Ancona un noto radiologo, per simulazione di rapina.

Il dott. Francisco Molina Gil, medico titolare (condotto) di Pueblanueva (prov. di Toledo in Spagna), mentre era in giro per le visite è stato brutalmente aggredito a colpi di bastone, riportando contusioni e ferite di cui una grave, da parte di un tale che lo accusava di non avergli salvato il figlio.

Il dott. Bardajé, ex sottosegretario di Sanità in Spagna, direttore dell'Istituto provinciale di sanità di Madrid, ha riportato delle ferite nel ribaltamento della sua automobile; anche il suo segretario particolare è rimasto ferito.

A quanto informa il « Times », in Palestina si è avanzato il progetto di restringere l'immigrazione dei medici; la misura sarebbe diretta contro i medici ebrei, che vi affluiscono dalla Germania. La Palestina conta ora 1043 medici, di cui 300 incirca profughi dalla Germania. È la prima volta che nell'Impero britannico vengono progettate misure restrittive del genere.

ENRICO VILLA

È morto a Milano il dott. ENRICO VILLA, simpatica e significativa figura di medico e di giornalista. Nato a Milano, il 12 luglio 1857, e laureato a Pavia nel 1881, era stato dapprima medico condotto in vari Comuni, poi medico nel Manicomio di Imola ed in seguito, medico condotto in Milano.

Anima generosa e spirito vivace, sempre pronto a lottare per un'idea di bene e di giustizia, aveva sentito in quel periodo la necessità di riunire in un solo blocco le sparse forze dei medici condotti italiani, allo scopo di tutelare i loro legittimi interessi, spesso misconosciuti e calpestati. Ed alla sua iniziativa ed ai suoi sforzi pervicaci, si deve se, nei primi anni di questo secolo, si fondò l'Associazione Nazionale dei medici condotti, di cui Egli fu il primo presidente; in tale qualità, ottenne, fra l'altro, il riconoscimento del diritto elementare del periodo annuo di congedo col supplente pagato, conquista che allora a noi che ci nutrivamo con lo scarso e duro pane della condotta piena, sembrava chimerica.

Dal 1902 al 1922, fu stimato ed attivo Ispettore Sanitario delle Ferrovie di Stato, portando nel disbrigo delle sue mansioni la sua larga esperienza di medico (ha anche al suo attivo un manuale: « Il medico pratico »), il suo spirito di iniziativa, la sua passione per le questioni di igiene e di medicina sociale.

Andato poi in pensione, si dedicò tutto all'« Avvenire Sanitario », con vivacità giovanile e con la saggezza data dall'esperienza, che si fondevano in un ben temperato equilibrio. Particolarmente gustosi riuscivano i suoi trafiletti, pieni di brio e di buon senso, in cui traspariva quel bonario spirito meneghino, che allietava il suo discorso.

I medici condotti, che sono fra i lettori più numerosi e più fedeli del « Policlinico », rendano omaggio alla memoria del modesto pioniere che, in tempi ormai lontani, li affratellò in una famiglia.

Ai famigliari del compianto dott. Villa ed ai Colleghi dell'« Avvenire Sanitario », le commosse condoglianze del « Policlinico ».

AZEGLIO FILIPPINI.

La sig.ra LYDIA RABINOWITCH-KEMPERER è morta a Berlino in età di 63 anni. Era nata a Kowno (Lituania) e aveva studiato medicina a Zurigo e Berna, poi era stata a Filadelfia; quivi insegnava nel Collegio medico femminile durante l'inverno, mentre durante l'estate si recava a frequentare i laboratori di Koch a Berlino. La sua prima memoria scientifica richiamò l'attenzione dei microbiologi, in quanto dimostrava la presenza di bacilli acido-resistenti non patogeni nel 60 % dei campioni di burro prelevati a Berlino. Poi ella rivolse la sua attenzione alla tubercolosi negli animali; alcuni dei suoi lavori furono compiuti in collaborazione di Koch; vanno rilevati gli studî sulla tubercolosi aviaria, sulla tubercolosi spontanea degli animali selvatici, sulla trasmissione ereditaria della tubercolosi negli uccelli ecc. Eseguì anche delle ricerche sulla tripanosomiasi, in unione di Koch, e sulla peste, in unione di Walter Kemperer, altro assistente di Koch, che ella sposò. Nel 1927 pubblicava un'accurata rivista generale sulla filtrabilità del virus tubercolare. Le fu affidata la direzione della « Zeitschrift für Tuberkulose » ed ella riuscì a farne il periodico più accreditato della specialità. Le fu anche affidata la direzione del laboratorio batteriologico nell'Ospedale Municipale di Berlino-Mohabit. Il movimento contro gli ebrei determinatosi in Germania ha colpito anche l'insigne studiosa e l'ha molto amareggiata.

L. V.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Ann. Institut Pasteur, mar. — A. BESREDKA. Immunizzaz. locale contro la tossina difterica. — M. RONSE. Contributo allo studio del tifo esantem.

Klin. Woch., 16 mar. — H. MARX. Compito dell'ipofisi nelle malattie dei reni. — M. MASUGI. Patogenesi della glomerulonefrite diffusa quale malattie allergica dei reni.

Presse Méd., 16 mar. — E. CHABROL e M. CACHIN. Ricerche cliniche sulla secrezione biliare.

Paris Méd., 16 mar. — Numero sul cancro.

Journ. d. Praticiens, 16 mar. — N. FIESSINGER. Gl'itteri infettivi benigni.

Minerva Med., 10 mar. — A. FULCHIERO. Sulla sindrome triaritmia di Wolf, Parkinson e White.

Dermosifilogr., feb. — G. DEL VIVO. Intradermoreazione di Frei.

Journ. Méd. Franç., feb. — Numero sulla colesterolemia.

Lancet, 16 mar. — A. MONCRIEFF. Insufficienza respiratoria, compresa l'asfissia dei neonati. — D. NABARRO. Trattam. della vulvovaginite con l'estrina.

Arch. It. di Chir., feb. — S. TENEFF. La funzionalità epatica. — E. LUCCA. Torsione del grande epiploon.

Arch. p. le Sc. Med., mar. — G. NEGRI. Azione degli estratti di lobo ipofisario poster. — F. MASSIMELLO. Ritenzione urobilinemica nelle nefropatie. — P. MOLINARI-TOSATTI. Equilibrio acido-base nell'asma bronch.

Arch. It. Apparato Dig., V. — C. ARULLANI. Ricerche comparative sulla secrezione gastrica provocata. — P. ALESSANDRINI. Le intolleranze alimentari.

Mediz. Klinik, 15 mar. — R. OTTO. Sierodiagnosi mediante reazioni non eziotrope. — W. POLLAK. Trattamento salvarsanico delle infezioni urinarie da Trichomonas vaginalis.

Med. Welt, 16 mar. — H. AHRINGSMANN. Può il medico trattare il tubercolotico nell'esercizio pratico con previsione di successo? — F. KOCH. La questione della carie e della paradentosi.

Minerva Med., 17 mar. — L. D'ANTONA. Probabile patogenesi diencefalica di alcune forme di miopatie progressive.

Brit. Med. Journ., 16 mar. — O. C. M. DAVIS e F. W. DIXON. La natura dell'acidosi.

Ann. de Méd., mar. — L. BERNARD e R. EVEN. Caverne e cancri del polmone. — J. REILLY e al. Patogenesi della febbre tifoide.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., feb. — P. LE NOIR e al. Gli spasmi localizzati nella regione piloroduodenale. — J. V. GROTT. Regolazione dello zucchero del sangue.

Riv. di Cl. Med., 15-30 gen. — G. RUSSO. Rilievi ematologici nelle cirrosi epatiche.

Riv. di Cl. Pediatr., mar. — G. IRON. Sieroterapia della difterite maligna.

Surg., Gyn. a. Obst., mar. — F. L. LEDERER. Sinusite fulminante. — L. ADAM. Sull'anestesia locale. — H. THOMS. Variazioni della pelvi muliebre in rapporto al travaglio.

Presse Méd., 20 mar. — J. JULLIEN. La brucellosi cronica nell'uomo.

Riv. San. Sicil., 15 mar. — F. RABBONI. Gl'insuccessi chirurgici nell'ulcera gastro-duod.

Med. Welt, 23 mar. — H. LÖHR. Trattam. digitalico. — A. BAUER. Cure di dimagramento.

Med. Klinik, 22 mar. — A. DECASTELLO. Sostanze antianemiche nell'urina. — UHLENHUTH e ZIMMERMANN. Terapia del morbo di Weil.

Klin. Woch., 23 mar. — A. SCHITTENHELM. Forme centrogene del morbo di Basedow e forme affini. — H. BOHNEN-KAMPF. Trattam. della tachicardia parossistica. — H. W. KNIPPING. L'insufficienza respiratoria.

Wien. Klin. Woch., 22 mar. — SINGER. Cause dell'aumento delle malattie del cuore e dei vasi e in specie dell'angina p.

Amer. Journ. Med. Sc., mar. — E. M. LANDIS e L. HITZROT. Aspirazione e compressione alternate nelle malattie vascolari avanzate. — C. A. MILLS. Recettività alla tbc.: razza o livello energetico? — E. J. STIEGLITZ. Costituzione emicranica. — D. J. STEPHENN. Leucemia eosinofila acuta.

Journal A. M. A., 2 mar. — R. R. KRACKE e al. Leucemia. — R. L. HADEN. Anemie. — E. M. K. GEILING. L'ipofisi poster.

Id. 9 mar. — G. H. WHIPPLE. Rigenerazione dell'emoglobina. — S. W. CLAUSEN. Nutrizione e infezione.

Morgagni, 17 feb. — A. VIOLATO. Malformazioni genitali femmin. e correlazioni ormoniche.

Brit. Med. Journ., 23 mar. — F. G. HOPKINS. Lo studio della nutriz. umana.

Riforma Med., 23 mar. — A. PLAISANT. Batteriolisi provocata con sostanza fotosensibile irradiata. — B. BOHHIAN. Influenza degli estratti di mucosa appendicolare sulla secrez. gastrica.

Gaz. d. Hôp., 20 mar. — La trasfusione in chirurgia.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., feb. — F. NERI. Colititolo nelle acque e nel latte. — G. ACANFORA. Chemioterapia delle micosi. — L. SEVERI e M. FILOMENI. Metodo rapido per la sorveglianza igienica delle acque potabili.

Ginecologia, feb. — L. MOLINENGO. La gravidanza « breve ». — E. BERUTTI. Mielite gravidica. — M. PICARDI. Esploraz. della funzione antitossica del fegato in gravidanza.

Arch. Méd.-Chir. App. Resp., 1. — N.-N. STOICHITZE e V. CRETZU. Forma lobare della sifilide polmon.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 29 giugno al 4 luglio: Morbillo 261 (848); Scarlattina 112 (240); Pertosse 125 (455); Varicella 74 (115); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 506 (1193); Infezioni paratifiche 135 (178); Febbre ondulante 48 (61); Dissenteria 22 (42); Difterite e croup 177 (289); Meningite cerebro-spinale epidemica 5 (6); Poliomielite anteriore acuta 21 (26); Encefalite letargica — (—); Anchilostomiasi 9 (26); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 50 (67), dichiarata 1 (1); Pustola maligna 38 (46).

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII — Roma, 2 Settembre 1935 - XIII — Num. 35

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE DI IVREA.

In tema di patogenesi della tubercolosi dell'adulto

per il prof. dott. VIRGINIO DE BENEDETTI.

La patogenesi della tubercolosi dell'adulto o, per essere più esatti, il meccanismo degli accidenti reinfettivi che costituiscono il punto di partenza della comune tisi dell'adulto, è un problema che, con le sue molteplici faccie, offre sempre, ancor oggi dopo il profluvio di studi sulla tubercolosi, infinite difficoltà ad una analisi che voglia spingersi nell'intimo e nell'essenza del fenomeno.

Come si diventa tubercolotici?

Nessun medico oserebbe una risposta categorica e lineare a questa domanda. Eppure che cosa non ci è noto della tubercolosi? Conoscenza esatta del germe, nozioni se non complete certo molto estese sulla sua biologia, conoscenza delle vie di ingresso e di diffusione del germe nell'organismo, delle modalità di reazione dei diversi tessuti ed apparati, dell'anatomia patologica della tubercolosi umana e degli animali: tutto questo enorme materiale di studio, in parte perfezionato, in parte in continuo rinnovamento, non basta a rispondere con precisione alla domanda (sia pure domanda da profano) in qual modo una parte della umanità civilizzata si ammala e soggiace alla tubercolosi.

Non riprendiamo l'argomento dalle sue più profonde origini e non tocchiamo neanche ciò che costituisce la tessitura ormai solida della dottrina dell' infezione tubercolare. Vi sono punti in questa dottrina che hanno valore di postulati: sappiamo che l'individuo vergine si distingue dall'individuo contaminato, che la enorme maggioranza delle popolazioni civili è tubercolizzata, che la tubercolizzazione avviene nell'infanzia. Ammettiamo con i più una penetrazione aerogena del bacillo di Koch, conosciamo il valore relativamente immunitario di un primo contagio felicemente superato dall'organismo e l'anatomia patologica del complesso primario di Ghon e Kuss. Sappiamo che la tubercolosi dell'adulto è quasi sempre un

episodio reinfettivo o meglio superinfettivo. Sappiamo che molti elementi agiscono sul meccanismo della tisiogenesi: ve ne sono di costituzionali, di epidemiologici, di predisponenti occasionali (intossicazioni croniche, svariate cause professionali, infezioni, ecc.) di predisponenti sociali (alimentazione cattiva, pauperismo, ecc.).

Qui non è il luogo di discutere l'importanza essenziale o relativa o più modestamente di passare anche solo in rassegna tutti gli elementi che possono concorrere direttamente od indirettamente nella genesi della tisi dell'adulto. Ma è opinione comune che la tubercolosi dell'adulto insorga per cause molteplici la cui importanza effettiva molte volte può essere solo misurata singolarmente caso per caso. Comunque si può per un momento prescindere da tutte le circostanze accessorie e fermarsi al nocciolo della questione. La quale potrebbe così essere impostata: ammessa, come è certo, che la maggioranza della popolazione adulta ha già subito in infanzia una primo-infezione tubercolare, si tratta di tentare di spiegare perchè la reinfezione porti in una certa percentuale di casi alla malattia tubercolare.

* * *

Si sa quali sono le opinioni dominanti riguardo la tubercolosi dell'adulto: vi è chi considera la primo-infezione come l'inizio di ogni processo tubercolare posteriore; vi è chi, pur ammettendo gli stretti rapporti tra tubercolosi infantile e ulteriori successioni tubercolari ritiene che queste dipendano da contagio di provenienza esteriore che sopraggiungono in pubertà od in giovinezza. In sostanza due teorie stanno di fronte: l'endogena che alla reviviscenza delle vecchie lesioni tubercolari contratte in infanzia attribuisce la genesi della tisi, l'esogena che ammette invece una superinfezione vera e propria.

Codesta diatriba che è già vecchia, tra endogenisti ed esogenisti non ha in fondo molta consistenza. In realtà l'enigma della tubercolosi dell'adulto permane sostanzialmente intatto, sia che si pensi ad una reviviscenza di antica infezione, sia che si pensi alla superinfezione. Nell'uno e nell'altro caso bisogna ammettere una improvvisa e sostanziale alterazione dell'immunità tubercolare: ma di codesta immunità quanto poco si conosce!

Nessun mezzo si ha per misurarla tanto che caduta dell'immunità in pratica null'altro significa che malattia tubercolare; sicchè non la caduta dell'immunità ci illumina sull'insorgenza della malattia tubercolare, ma da questa deduciamo l'esistenza di quella. Esempio, non isolato, di come ci si illuda di spiegare una realtà, la malattia, con un'ipotesi che allo stato attuale delle nostre conoscenze, è di quella realtà un puro corollario. Comunque in mancanza di nozioni più esatte l'idea generica che la malattia tubercolare insorga per una deflessione delle forze organiche dei soggetti, impregiudicata restando l'importanza reciproca degli elementi — stato immunitario vero e proprio, fattori costituzionali di razza, ecc. — che nell'accezione un po' vaga « forze organiche » si comprendono, può offrire se non altro una base sulla quale possono accordarsi i sostenitori dell'inizio endogeno e dell'inizio esogeno della tisi.

Le difficoltà più gravi si incontrano quando si voglia più minutamente analizzare il meccanismo patogenetico della reinfezione sia essa endogena od esogena. Qui il disaccordo è grandissimo e non potrebbe essere altrimenti quando si riflette che importanti questioni quali: natura dell'allergia tubercolare, rapporti tra allergia ed immunità, definizione di immunità antibatterica, di immunità antitossica, ecc., attendono tuttora una soluzione. Ipotesi induttive in questo campo non mancano: citeremo fra le ultime quella ingegnosa di Pacchioni che cerca di spiegare il fenomeno basale dei processi reinfettivi (l'essudazione) con l'interazione di endotossine (prodotti della digestione endocellulare), di esotossine (prodotti del metabolismo dei bacilli tubercolari) e di anticorpi. Questa veduta patogenetica si fonda tuttavia su premesse: esistenza di anticorpi tubercolari nel sangue circolante, possibilità di una neutralizzazione o di interazione esotossine-anticorpi, ecc., non ammesse da parecchi AA.

* * *

Ma lo scopo di queste considerazioni non è tanto di penetrare in fondo al meccanismo patogenetico della tisi dell'adulto, sebbene di chiarire, approfittando delle migliori attuali conoscenze sulla tubercolosi infantile, i rapporti tra primo-infezione infantile e tubercolosi dell'adulto, e ricercare se *nel modo con cui l'infanzia si tubercolizza* esiste *la ragione*, od almeno uno dei *motivi principali della gravità o benignità delle reinfezioni ulteriori*.

Si sa che l'evoluzione degli studi sulla tubercolosi ha, dalla scoperta del bacillo di Koch in poi, se non spazzato certo ricacciato molto in ombra ogni idea di ereditarietà e di eredità tubercolare. A parte l'infezione transplacentare, che continua ad essere una eccezione della quale è superfluo occuparsi, basterebbe il fatto

del normale sviluppo di bambini nati da parenti tubercolotici, purchè subito sottratti all'ambiente famigliare, per ridurre grandemente l'importanza dei fattori costituzionali od ereditari nella genesi della tisi. Senza dubbio il contagio è, secondo l'opinione dell'enorme maggioranza degli AA., la condizione di gran lunga dominante su ogni altro elemento.

Questo sa anche il gran pubblico, e questo si insegna, come è giusto, anche ai profani come postulato di lotta antitubercolare. E tuttavia l'osservazione della tubercolosi degli adulti se fosse fatta con mente digiuna delle nozioni che oggi si posseggono, ci indurrebbe a perdurare nella credenza erronea dell'ereditarietà della tubercolosi. Infatti la maggioranza dei tubercolotici proviene da famiglie in cui ascendenti o collaterali sono tubercolotici, e non si esagera dicendo che un gentilizio tarato di tubercolosi costituisce, per noi medici, il filo conduttore di moltissime diagnosi di malattia tubercolare. Si capisce che per il medico l'indagine anamnestica significa qui non ricerca di eredità o di ereditarietà, ma semplicemente di possibilità di contagio.

La cosa è logica e dà i suoi frutti: che se noi possiamo trascurare in un adulto giovane che non denunci precedenti famigliari qualche fatto catarrale, od una inconsueta disappetenza, o qualche altra alterazione di stato generale, in un discendente di tubercolotici questi stessi fenomeni interessano, fino ad imporre ricerche minuziose, ed inducono subito il medico accorto a non riposare su formule vaghe.

Orbene è proprio questo fatto della spiccata inclinazione alla tisi dei soggetti a gentilizio tarato che deve essere, a mio parere, un po' meglio studiato nelle sue origini, valutando, direi, qualitativamente l'importanza della primo-infezione infantile.

* * *

Con la scoperta delle prove tubercoliniche, con la constatazione che gran parte dell'umanità civilizzata ha già subito a partire dai 10-15 anni una primo-infezione tubercolare, si è giunti a considerare tutti gli adulti come allergici e cioè potenzialmente uguali di fronte ad una reinfezione. A questo modo di vedere hanno contribuito anche le non cospicue conoscenze (fino a qualche anno fa) in fatto di tubercolosi infantile. E su questo punto occorre fermarsi un momento.

Della tubercolosi polmonare infantile si conoscevano solo i gradi estremi: e cioè le forme acute, generalizzate e le forme relativamente rare, ulcerose e localizzate di tipo adulto. La prognosi della tubercolosi polmonare dell'infanzia era ritenuta generalmente pessima e nello stesso tempo, dato il rapido aumentare da 0 a 10 anni dell'allergia tubercolinica fino a toccare il 50-60 % delle collettività scolastiche si doveva paradossalmente ammettere una notevole resistenza dell'infanzia all'infezione tubercolare.

Il paradosso in realtà non esiste: solo che si ponga tra i due estremi, infezione tubercolare infantile mortale e semplice allergia tubercolinica, tutta la gamma di infezioni tubercolari apparenti ma guaribili che da pochi anni, sopratutto per il contributo della radiologia, si è imparato a conoscere e descrivere nell'età infantile.

Con l'estendersi della radio diagnostica, con il funzionamento dei Dispensari, con l'incremento dei Preventori per bambini, si è visto che nell'infanzia la tubercolosi polmonare attiva è, con una sua particolare fisionomia clinica, frequente.

Nel capitolo della tubercolosi infantile guaribile, le infiltrazioni parenchimatose occupano un posto preminente: si tratta per lo più di ombre radiologiche situate agli ili od in immediata vicinanza di essi, o comunque in posizione tale da proiettarsi sul radiogramma frontale nelle regioni mediane dei campi polmonari. Il quadro nosografico completo di queste infiltrazioni tubercolari non può qui essere trattato ed io rimando per questo i lettori a miei precedenti lavori (De Benedetti: *Riv. di Pat. e Clin. della Tubercolosi*, 1930, n. 12; *La Clinica pediatrica*, 1931, n. 10. Comunicazione al IV Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi. *Bollettino Soc. Ped.*, 1932, fasc. 5). Basti qui dire che gli infiltrati tubercolari infantili hanno una sindrome prevalentemente radiologica, spesso, ma non sempre, sono accompagnati da segni generali, sempre sono confermati dalla positività delle prove tubercoliniche, di rado si associano a segni stetoacustici probativi. Queste infiltrazioni pur avendo una sede periilare non sono però da confondere con la tradizionale « sindrome di adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare dell'infanzia », nella quale io non credo e non ho mai creduto: esse sono l'espressione della primo-infezione infantile (De Benedetti, Pestalozza) sono collegate, e per me anzi raccolgono una quantità di manifestazioni pleuriche scissuriti, periscissuriti, pleuriti, cortico-pleuriti, e parenchimatose così detta epitubercolosi di Eliasberg e Neuland, ecc., illustrate in questi ultimi anni da molti pediatri, e costituiscono una vera malattia tubercolare del polmone, e

come tali sono soggette ad alterne vicende di evoluzione, di arresto, di esacerbazione.

Ma tre sono i punti importanti da sottolineare:

1) le infiltrazioni polmonari tubercolari sono frequentissime nei bambini conviventi con tubercolotici. Io le ho riscontrate in 24 soggetti su 49 bambini di famiglie tubercolotiche (De Benedetti: Dati statistici e clinici sull'infezione tubercolare dei bambini conviventi con tubercolotici, *Archivio It. di Pedriatria e Puericultura*, 1934);

2) esse formano l'enorme maggioranza delle manifestazioni tubercolari attive dell'infanzia. Pestalozza le ha trovate nell'80 % dei 445 bambini ricoverati nel Sanatorio di Vialba (Pestalozza, *Policlinico infantile*, 1934, n. 8);

3) esse sono in linea generale di prognosi buona, nel senso che i bambini che le presentano guariscono e comunque solo eccezionalmente trapassano a forme broncopolmonari estese od ulcerative.

Nessuno dei 24 soggetti che io ho seguito per un periodo variabile da 2 a 6 anni, ha presentato tubercolosi ulcerosa; la maggior parte è guarita, e molti con reliquati polmonari insignificanti.

* * *

Ed ora portiamo queste cognizioni sul terreno pratico. Sta il fatto che nelle collettività infantili conviventi con tubercolotici l'infezione è la regola ed essa *procede in una enorme percentuale di casi con manifestazioni polmonari attive dimostrabili*, purchè i bambini siano sottoposti ad un periodo di osservazione sufficientemente protratto.

Infiltrazioni tubercolari del polmone io ho trovato in circa il 50 % dei bambini esposti a contagio intradomiciliare: se si pone mente che queste infiltrazioni sono spesso clinicamente mute, ossia non si rivelano nè con compromissione dello stato generale nè con alterazioni fisiche del reperto polmonare, si deve concludere da una parte che esse sono ancora più frequenti di quanto denunci un materiale diligentemente osservato, e dall'altra che esse non figurano nei bambini viventi in ambienti tubercolari ove manchi *una protratta osservazione diretta alla loro scoperta.*

Come si è detto sopra queste forme hanno, in linea generale, spontanea tendenza a regredire e questo spiega come la mortalità tubercolare infantile (dal secondo anno in poi!) sia, per le forme tubercolari polmonari, assai piccola anche in bambini viventi in immediato contatto con tubercolotici. Questa deflessione della mortalità tubercolare che si osserva in quasi tutte le statistiche a partire dal secondo anno di età e perdura fino alla pubertà od all'acme giovanile non corrisponde in alcun modo alla morbilità tubercolare, che è dunque nella seconda infanzia alta e certamente proporzionale alla altissima mortalità tubercolare dell'età adulta, dato che, ripeto, almeno il 50 % dei bambini esposti ad infezione famigliare è infetto da infiltrazioni tubercolari attive del polmone. In altre parole l'acme di mortalità tubercolare (dai 25 ai 35 anni) della popolazione adulta si rispecchia in una altrettanto alta morbilità tubercolare infantile; e questa non riveste i caratteri monotoni ed inconsistenti della sindrome adenopatica ilare, ma è ricca di manifestazioni polmonari la cui esistenza va tempestivamente diagnosticata, e la cui importanza va valutata in senso prognostico, caso per caso.

Se ora consideriamo che, almeno nelle popolazioni civilizzate, gran parte dell'umanità si tubercolizza già nell'infanzia, dobbiamo delimitare nella massa dei bambini che si infetta senza presentare segni di malattia, quei soggetti in cui l'ingresso del germe tubercolare nell'organismo si accompagna a malattia tubercolare con segni radiologici infiltrativi.

Questi ultimi bambini appartengono, nell'enorme maggioranza dei casi, a famiglie tubercolotiche ossia sono sottoposti ad un contagio che si distingue dalle solite infezioni accidentali (di strada) perchè è più massivo, più intimo, più prolungato, così da determinare una primo-infezione che si può diagnosticare e seguire *con adatta sorveglianza.* È però evidente che negli ambienti non sottoposti a speciali osservazioni estesi fatti infiltrativi, data la loro relativa benignità, passano inosservati ed i soggetti raggiungono poi l'età giovanile con attitudini al lavoro ed alla vita sociale apparentemente normali. Essi conserveranno della grave primo-infezione superata nell'infanzia scarsi o banali reliquati polmonari.

Tra questi soggetti la tisi mieterà le sue vittime ed ove, come spesso accade, non esista neanche più la nozione anamnestica del contagio si sarà indotti a ricercare in momenti ambientali accessori od in problematici fattori costituzionali la genesi di processi tisiogeni che hanno la loro orgine nella primo-infezione infantile.

* * *

Ed eccoci ritornati al concetto che la tisi dell'adulto sia la continuazione della primitiva infezione contratta nell'infanzia; ma bisogna riconoscere che questo concetto è una formula stereotipata se si pongono tutte le primo-infe-

zioni su uno stesso piano, e non si distingue caso per caso e non si procede ad una graduatoria di gravità delle infezioni infantili: scala di gravità che è in linea abbastanza generale, proporzionale alla massività e continuità del contagio.

Forse che il passato di un individuo la cui primo-infezione è stata fuggevole, priva di manifestazioni polmonari, è da mettere alla stregua del passato di un soggetto in cui la primo-infezione ha dato luogo ad infiltrazioni perilare, a scissuriti, a corticiti magari a ripetizione? Il semplice buon senso lo vieta; ma attualmente del passato patologico degli adulti che si presentano per una visita polmonare nulla sappiamo; ancora e sempre dobbiamo affidarci alla nozione puramente anamnestica, e perciò mal controllabile, sopratutto nella sua importanza quantitativa e qualitativa, del contagio. Troppo poco per avere noi stessi fiducia nelle assicurazioni che siamo molte volte indotti a dare a certi adulti dopo una visita clinica e radiologica negativa.

Non è raro il caso di vedere i figli di genitori morti tubercolotici, ammalarsi presso a poco alla stessa età, di solito dai 18 ai 30 anni, anche se le condizioni di ambiente, di lavoro, di ciascuno di essi sono disparati. Vien fatto allora, e molti medici la pensano così, di supporre una debilità costituzionale verso la tubercolosi di determinate famiglie; ma a parte le difficoltà di indicare i dati morfologici caratteristici di tale minorata resistenza (e si sa quanto abbondino i lavori sulla così detta predisposizione tubercolare senza che da questi si sia mai riusciti a ricavare i lineamenti del predisposto alla tubercolosi), io trovo illegittimo abbandonarsi ad ipotesi quando nel passato infantile di questi soggetti, in parte già ammalati in parte destinati ad esserlo, esistono abbondanti ragioni del loro particolare comportamento di fronte alla reinfezione tubercolare.

* * *

In conclusione la genesi della tisi dell'adulto riposa per una massa di tubercolotici in una estesa grave primo-infezione infantile. Nè qui si vuol negare l'esistenza di primo-infezioni nell'età adulta o l'importanza occasionale di certi contagi lievi (di strada), ma è certo che buona parte dei tisici sono diventati dei predestinati durante la loro infanzia in virtù di contagi che solo l'esistenza di una fonte intradomiciliare ha reso possibili.

In che consista il mutamento organico che rende questi soggetti facile preda degli accidenti reinfettivi ulcerativi propri dell'età adulta, non è facile dire.

Indubbiamente tra le piccole infezioni che hanno un valore immunizzante e le profonde impregnazioni tubercolari che si osservano nei bambini viventi a contatto di tubercolotici, esiste tutta una scala di infezioni tubercolari che si riflettono più o meno gravemene sulla sorte ulteriore dei soggetti.

Che una infezione, la cui guarigione spontanea richiede talora molti mesi, nella quale si notano, come io ho visto in molti casi, manifestazioni polmonari estese comparire e scomparire a varie riprese, incida profondamente nel delicato meccanismo che regola le forze protettive contro il virus tubercolare, non può stupire tanto più quando si rifletta che è proprio la tubercolosi la malattia ove immunità ed ipersensibilità sono molto vicine e mal delimitabili.

L'importanza di fattori accidentali nello scoppio della tisi (genere di lavoro, condizione di vita, malattie anergizzanti, ecc.) non può essere negata: ma essa è di gran lunga inferiore al fattore volume del contagio e conseguente sviluppo di primo-infezione, che ha in certo modo orientato in direzione buona o cattiva la sorte di un dato soggetto.

* * *

Che cosa si deve fare per i bambini affetti da infiltrazioni polmonari? La prognosi vicina, che io ritengo di massima buona, di questi soggetti non deve far nascere illusioni: ripeto che è fra di essi che la tisi dell'adulto trova terreno d'elezione. Questi bambini dovranno essere sottratti alla fonte famigliare di contagio, non dovranno essere inviati nei comuni sanatori od ospedali ove ritroverebbero l'ambiente da cui li si vuol separare, non dovrebbero essere mandati nelle colonie destinate a vero e puro scopo preventoriale. Il ricovero di questi piccoli ammalati in istituti adatti offre ancora oggi difficoltà, tanto più che la permanenza in istituto dovrebbe esser lunga, di molti mesi od anche di anni.

Si dovrà poi spingere l'osservazione (ed eventualmente l'assistenza) di questi soggetti fin oltre l'età pubere: compito questo irto di difficoltà, ma attuabile.

Allorchè i medici potranno disporre nelle loro visite ad adulti di notizie esatte sui loro trascorsi polmonari, allorchè la ben seguita storia di primo-infezione infantile svoltasi con imponenti manifestazioni polmonari rimpiazzerà le monche informazioni attinte dalla bocca,

talora reticente, dei pazienti, sarà possibile stabilire una graduatoria di disposizione alla tisi fondata su dati di fatto.

Per tutto questo chi scrive crede molto più efficace la diligente e lunga osservazione dei ristretti ambienti infantili esposti a contagio intradomiciliare che non la sorveglianza, spesso sommaria, forzatamente saltuaria di larghe comunità infantili. (Scuole, asili, istituti educativi, ecc.).

RIASSUNTO.

La patogenesi della tubercolosi dell'adulto risiede per l'enorme maggioranza dei tubercolitici in una primo-infezione infantile particolarmente grave. Secondo l'A. il riconoscimento e lo studio delle primo-infezioni infantili che presentano segni radiologici di infiltrazioni polmonari è essenziale per spiegare come una parte dell'umanità soggiaccia in età adulta alla tisi. L'osservazione continua e protratta dei bambini viventi in ambiente tubercolare, sembre all'A. più utile che la sorveglianza sommaria di larghe comunità infantili.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica delle Malattie dell'Apparato Respiratorio

Istituto « BENITO MUSSOLINI »
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: On. Prof. EUGENIO MORELLI

Due casi di porpora tipo Schönlein-Henoch in corso di collassoterapia per tubercolosi polmonare.

Dott. MARTINO VALLI

Il costante interesse suscitato dal problema delle porpore tubercolari, problema recentemente riesaminato dal Di Natale, mi ha indotto a pubblicare due casi di porpora emorragica tipo Schönlein Henoch, manifestatasi in soggetti tubercolosi, nel primo caso in seguito a trattamento pneumotoracico, nel secondo in corso di pneumotorace associato a frenicoexeresi e ad apicolisi.

È noto che manifestazioni di porpora emorragica possono comparire nel corso di molte malattie infettive, e particolarmente nel corso di malattie tubercolari, sia del polmone che extrapolmonari.

Bensaude e Rivet nel 1906, cercando accuratamente fra la letteratura medica del secolo scorso, raccolsero numerose osservazioni di porpore in soggetti tubercolotici, e trovarono che il primo ad osservare la porpora in un tubercoloso fu il Rayer nel 1827.

In base alla casistica raccolta essi tentarono di fare una classificazione delle porpore tubercolari, e le divisero in quattro categorie:

a) porpora emorragica in malati affetti da tbc. polm. acuta;

b) porpora emorragica in malati affetti da tbc. polm. cronica;

c) porpora emorragica in malati con tbc. latente;

d) porpora emorragica in malati con tbc. extrapolmonare.

Gli AA. sopracitati ritennero che la porpora stesse specialmente ad indicare una poussée acuta nel decorso di una tbc. cronica; e siccome nelle loro osservazioni erano rimasti sopratutto colpiti dalle lesioni degenerative del fegato, attribuirono alla alterata funzione di questo organo una probabile causa delle porpore.

Robert nel 1904 era già arrivato ad analoghe conclusioni affermando che « la porpora emorragica oltre a essere premonitoria della tbc., può sopravvenire in tutti i periodi della forma cronica ». Autore di tale manifestazione sarebbe il bacillo di Koch, unito ad altri microrganismi che direttamente od indirettamente mediante le sue tossine, agirebbe sull'organismo determinando disordini tali da provocare la sindrome emorragica, o agendo sui tessuti vasali, o procurando lesioni del parenchima epatico, e da ciò processi che predispongono alle emorragie.

Galliard e Marchais, Lion e Le Bayle, Gaucher, Cannata, Fedor Schmey che pure osservarono casi di porpora, la interpretarono come una manifestazione premonitoria di una tubercolosi miliare.

L'Jona nel 1910 fece uno studio istopatologico delle alterazioni dei vasi cutanei in cinque casi di porpora in corso di tbc., e trovò lesione degenerative della parete dei vasi con sclerosi e iperplasia della tunica muscolare, con conseguente riduzione fino alla obliterazione del lume vasale. Tali lesioni egli le ritenne l'effetto dell'azione lenta delle tossine tubercolari che partono da focolai cronici più o meno vasti.

Schupfer, che nel 1917 pubblicò le osservazioni fatte su 27 casi di porpora emorragica cronica criptogenetica, affermò non essere possibile differenziare nella porpora dei quadri clinici distinti, ma solo delle sindromi purpuree, infatti, accettando come tante malattie a sè i vari quadri di porpora descritti col nome di « Peliosis rheumatica » di Schönlein, di

« Porpora addominale » di Henoch, di porpora semplice, di porpora emorragica o « morbus maculosus » di Werlhof, si sarebbe costretti nello stesso paziente, durante il corso della medesima affezione, a cambiare il nome della malattia a seconda che questa si presenti accompagnata o no da complicanze articolari o da sintomatologia addominale.

A maggior sostegno della sua ipotesi Schupfer descrive minutamente un caso di porpora emorragica cronica tipo Werlhof, nel corso della quale si videro comparire in una delle numerose recidive dei dolori articolari accompagnati da disturbi intestinali.

L'A. concluse perciò che sarebbe stato meglio parlare di porpora emorragica, intendendo definire con tale termine non una particolare malattia, ma solo una particolare sindrome.

Studiando l'eziopatogenesi dei fenomeni purpurei Schupfer ricercò la presenza di eventuali germi nel sangue in tutti i 27 casi osservati sempre con esito negativo, salvo un caso in cui si sviluppò un diplococco.

Appariva quindi poco probabile l'esistenza di un particolare agente infettivo specifico, responsabile dei fenomeni emorragici. Colpiva invece la contemporanea presenza di manifestazioni tubercolari in una discreta percentuale di casi.

Si poneva perciò la questione se alle volte la tubercolosi, per speciali sue localizzazioni nell'organismo, non potesse sostenere una sindrome purpurea. Schupfer avendo trovato all'autopsia di uno dei suoi casi una tubercolosi caseosa delle ghiandole surrenali, formulò l'ipotesi che la loro alterata funzione potesse avere notevole importanza nel determinismo delle porpore.

Genoese nel 1919 descrisse un caso di porpora emorragica cronica manifestatasi in un bambino col seguente quadro: chiazze ecchimotiche grandi come una moneta da cinque lire del vecchio conio, sparse qua e là sul corpo, senza febbre; sulle gengive piccole macchie ecchimotiche; l'esame del sangue e delle orine non rivelarono nulla di anormale; il tempo di coagulazione del sangue e la retrazione del coagulo normali; cutireazione alla tubercolina +, reazione di Wassermann negativa.

Il bambino ripresentò tale sindrome ogni anno per un periodo di sette od otto anni, finchè comparve una chiara lesione tubercolare a carico del polmone.

Garin nel 1920, pubblicò il caso di un ragazzo di dodici anni, che presentava dolori articolari, petecchie ed ecchimosi in corrispondenza delle articolazioni, temperatura 37°,5, orina ematica, albuminuria (12 ‰), sangue nelle feci, dolori addominali violenti, con addome tumefatto e meteorico.

La sintomatologia cioè di una porpora acuto tipo Schönlein-Henoch accompagnantesi ad una forma setticemica, con grave nefrite. Il paz. morì. L'autopsia dimostrò trattarsi di una porpora emorragica in corso di tubercolosi miliare acuta.

L'Askanazy nel 1921 fece un accurato studio anatomo-patologico di un caso di splenomegalia tubercolare, con focolai tubercolari del midollo delle ossa; e riscontrò emorragie nella milza, nel midollo osseo, nelle ghiandole linfatiche e nelle muccose, mentre modiche erano le emorragie cutanee.

Prasticas nel 1924, riferì quattro casi di sindromi emorragiche porporoidi, nei quali al tavolo anatomico si riscontrò una diffusione miliarica tubercolare. L'A., mise in rapporto i fenomeni purpurici con la tbc. miliare, senza poi esaminare con particolare attenzione lo stato degli organi emopoietici.

Opitz e Silberberg pure nel 1924 osservarono una sindrome caratterizzata da ittero, nefrite, emorragie cutanee e mucose. Si aveva leucocitosi con linfocitosi elevata (51 %), piastrinopenia intensa (14,000), fragilità vasale, ma il rilievo più singolare ed interessante era la assenza completa del potere coagulante del plasma. Si trattava di un caso di tubercolosi miliare caseosa della milza, e miliare necrotica del fegato, con partecipazione delle linfoghiandole dell'ilo polmonare destro, con scarse lesioni del polmone. Gli AA. chiamarono il mancato potere coagulante del sangue col termine « afibrinogenoemia », e lo considerarono in rapporto alla lesione epatica.

C. Vercesi nel 1926, rese noto un caso di porpora emorragica tipo Werlhof in una donna affetta da piosalpingite tubercolare e da lui operata. Anche questo A. formula l'ipotesi che sia da attribuirsi alla infezione tubercolare la sindrome emorragica da lui osservata.

Rosenthal nel 1928 pubblicò quattro casi di porpora tubercolare con trombopenia, segno del laccio positivo, tempo di coagulazione normale, tempo di emorragia di poco prolungato, assenza della retrazione del coagulo.

L'autopsia, eseguita su tre casi, dimostrò in due l'esistenza di una tubercolosi miliare, e nel terzo una tubercolosi splenica. Non risulta tuttavia che questo A. abbia fatto un accurato esame del sistema emopoietico.

Pure nel 1928 Villa descrisse il caso di un uomo di 36 anni, che presentava la seguente sintomatologia: milza ingrandita, piastrinopenia, tempo di emorragia aumentato, tempo di coagulazione pressochè normale, retrazione del

coagulo assente; porpora cutanea, emorragie delle mucose, segno del laccio positivo.

Tutti i sintomi di una sindrome emorragica tipo Werlhof, ma « anzichè primitiva o idiopatica, secondaria o sintomatica di uno stato morboso precedente, che quasi innegabilmente esisteva ».

La forma si manifestò in modo così violento da condurre a morte il paziente dopo solo cinque giorni.

L'autopsia rilevò una tubercolosi caseosa delle ghiandole linfatiche, e una tbc. nodulare caseosa della milza, con una discreta disseminazione di tubercoli miliarici al fegato.

Da tale reperto Villa richiamò l'attenzione sulla grande importanza che ha, nel determinismo delle porpore, la localizzazione delle lesioni tubercolari negli organi emopoietici.

Egli osservò inoltre che dai casi descritti nella letteratura di porpora in tubercolotici, ne risulta che sopratutto la disseminazione miliarica acuta favorisce la insorgenza dei fenomeni emorragici, ma mentre non tutte le tbc. miliari provocano sindromi porporoidi, l'esame anatomopatologico dei casi nei quali queste si manifestarono, dimostra ben spesso lesioni di organi facenti parte del sistema emopoietico.

A conclusione del suo caso Villa afferma che appare chiaro un nesso sostanziale di fatti:

« 1) preesistenza di alterazioni del tessuto emopoietico, aventi caratteri precisamente sufficienti a giustificare, da un criterio istologico, manifestazioni emorragiche in campi morbosi anche diversi da quello tubercolare quì dimostrato;

2) disseminazione miliare recentemente avveratasi;

3) sindrome emorragica generalizzata, con tale acuzie di insorgenza e di decorso da riuscire mortale in cinque giorni.

Il primo è il momento predisponente, il secondo è il momento scatenante, consensuali nel provocare il terzo fatto: la sindrome emorragica ».

L'A. osserva inoltre che nello studio delle porpore sintomatiche, le tubercolari comprese, per lo più è stata trascurata la dimostrazione o almeno la ricerca del fattore predisponente, essendo apparsa sufficiente la dimostrazione del secondo fattore, quello specifico.

Alessandri descrisse recentemente un caso di sindrome purpurea, che però egli osservò in clinica fin dal 1921.

Si trattava di un giovane di 23 anni ricoverato per una forma tubercolare ulcerativa del polmone sinistro, e che venne sottoposto a cura pneumotoracica; essendo notevolmente migliorato, venne dimesso dopo un anno circa per continuare la cura ambulatoriamente.

Un mese dopo la dimissione, nell'emitorace pneumotoracizzato comparve versamento, con contemporanee manifestazioni emorragiche della cute a tipo papuloso, localizzate sulla parte estensoria delle braccia e delle gambe, accompagnate da dolori alle articolazioni del ginocchio e dei gomiti, con edemi fugaci al dorso delle mani ed alla faccia; temperatura intermittente, con massimi di 38°; dolori colici addominali con scariche emorragiche; risentimento renale con albuminuria, cilindruria, ed ematuria; dall'emitorace sinistro vennero estratti tre litri di liquido siero-emorragico.

La sintomatologia regredì lentamente sino a scomparire.

Il paziente rivisto dopo due anni era completamente guarito.

L'A. attribuiva la genesi della porpora alle tossine tubercolari, che agiscono su di un organismo predisposto alle manifestazioni emorragiche.

Recentemente Omodei-Zorini descrisse un nuovo quadro sintomatologico di porpora tubercolare caratterizzato da: tempo di emorragia prolungato, tempo di coagulazione normale, retrattilità del coagulo ritardata, prova del laccio debolmente positiva, senza piastrinopenia, ma con trombo-astenia probabilmente congenita; emorragie cutanee e mucose ricorrenti in periodo premestruale e durante le stagioni primaverili.

Tale porpora atipica aveva colpito due donne in età adulta, in entrambe la tubercolosi era latente, rappresentata essenzialmente da una febbricola, e interessava anatomicamente la milza, sotto forma di tbc. miliarica cronica nella prima malata, e di un nodulo isolato caseoso nella seconda.

Circa la patogenesi l'A. ammette la concomitanza di due fattori, l'uno congenito predisponente (trombo-astenia), l'altro acquisito scatenante (fattore tossi-infettivo tubercolare) e ricorrente in epoca determinata.

La splenectomia felicemente attuata in entrambi i casi ha tolto la principale sorgente di tossine tubercolari ed ha giovato ad arrestare le manifestazioni emorragiche. Una successiva cura tubercolinica ha poi fatto regredire anche la febbricola tubercolare onde si raggiunse in entrambi i casi una guarigione durevole della singolare sindrome clinica.

Ceconi nella descrizione di un caso di Morbo maculosus Werlhof curato colla splenectomia mise in particolare rilievo il fatto che la

milza eserciti un'azione malefica più in danno dei vasi che delle piastrine, perchè se subito dopo la splenectomia il numero delle piastrine aumenta, dopo un po' di tempo esso torna a diminuire e si ristabilisce la piastrinopenia primitiva, mentre invece il tempo di emorragia continua a mantenersi normale. La sintomatologia della porpora andrebbe quindi attribuita principalmente alla fragilità vasale, più che alla piastrinopenia, l'A. propose perciò di sostituire al termine di trombopenia essenziale quello di angiopsatirosi essenziale meglio rispondente ai fatti.

Ho voluto a bella posta riportare la descrizione particolareggiata dei casi osservati dai varî AA. per mostrare tutta la varietà di sindromi cliniche che le porpore possono presentare nei tubercolosi.

Passo ora alla descrizione dei casi da me osservati.

CASO I. — A. Alberto, anni 16, elettricista.

Nulla di patologico nell'anamnesi famigliare. Nulla di particolare nell'anamnesi personale remota. Stette bene fino all'ottobre 1932, epoca cui risale l'attuale malattia. Iniziò con tosse, dolore alla spalla sinistra, modica febbre serotina (37°,2), sudori notturni. Nel novembre 1932 il paziente ebbe una prima emottisi di circa 300 cc. di sangue rosso vivo rutilante, seguita poi per lo spazio di quindici giorni da altre piccole emottisi quasi quotidiane. Nel gennaio 1933 il p. viene ricoverato in ospedale, dove gli vennero praticate cure ricostituenti e ricalcificanti. Alla fine di aprile viene inviato nel nostro Istituto.

Il p. si presenta in condizioni generali assai deperite, è di costituzione gracile, tipo longilineo, cute pallida, mucose anemiche; ha tosse con espettorato muco-purulento, che è positivo per il bacillo di Koch, temperatura 37°,5.

L'e. o. del torace rivela chiari sintomi di lesione ulcerativa del lobo superiore sinistro. La diagnosi clinica è confermata dal reperto radiografico.

Nulla degno di nota a carico degli altri organi ed apparati.

Si decide il trattamento pneumotoracico, che viene iniziato il 1° maggio.

Si introducono per aspirazione spontanea 500 cc. di aria filtrata e si lascia il cavo pleurico a pressioni terminali di —12-5.

Il p. la tollera benissimo ed il giorno dopo si introducono sempre per aspirazione spontanea coll'apparecchio Morelli, altri 500 cc. di aria filtrata con pressioni terminali di —12-3, il quarto giorno nuovo rifornimento di 500 cc. con pressioni terminali di —8-1.

Il p. al quinto giorno nota la comparsa di una tumefazione edematosa al dorso della mano destra, uguali tumefazioni ai malleoli, colla contemporanea comparsa di numerose petecchie pomfoidi diffuse agli arti inferiori, prevalentemente sulle superfici flessorie, scarse alle braccia, poche sul tronco, nessuna sulla faccia.

Dopo 24 ore circa le tumefazioni edematose scompaiono, permangono invece le petecchie. Il p. non lamenta che vaghi dolori ai malleoli.

L'esame del sangue e le prove emogeniche dànno i seguenti risultati:

Esame morfologico del sangue: eritrociti 4.100.000; leucociti 7800; emoglobina (Sahli) 60; valore globulare 0,78.

Formula leucocitaria: neutrofili 73; eosinofili 1,5; basofili 0,5; linfociti 9; monociti 16.

Schema di Arneth: 1° 18; 2° 42; 3° 33; 4° 6; 5° 1.

Piastrine: 280.000.

Tempo di emorragia: 4'20''.

Tempo di coagulazione: inizio dopo 7' fine dopo 16'.

Retrazione del coagulo: completa dopo 1 h. 20'.

Prova del laccio: debolmente positiva (ripetuta ancora nei giorni successivi fu sempre negativa).

L'esame microscopico del sedimento urinario rivelò la presenza di globuli rossi.

V. S. E. dopo 1 h. 10; dopo 2 h. 16; I. Katz 9.

Reazione di Wassermann: negativa.

Da notare un leggero grado di anemia, l'inversione del rapporto linfociti-monociti, con deviazione a sinistra della formula di Arneth, V. S. E. superiore alla norma (reperto solito nelle forme attive di tubercolosi), il numero delle piastrine e le prove emogeniche sono invece del tutto normali.

Il p. non presentò temperatura superiore ai 37°, e dopo dieci giorni lasciò il letto.

Colla stazione eretta ricomparvero le petecchie agli arti inferiori (porpora ortostatica), e così per lo spazio di 5 o 6 giorni per poi scomparire lentamente e definitivamente.

CASO II. — A. Maria, di anni 28, impiegata.

Anamnesi famigliare: padre morto per epitelioma del labbro. Madre vivente e sana. Figlia unica. Nessuna eredità tubercolare negli ascendenti paterni nè materni.

La p. è nata a termine, ebbe allattamento mercenario, la balia è tuttora vivente e sana. Da bambina ammalò di morbillo, ad 8 anni di pertosse. A 11 anni ebbe le prime mestruazioni, che furono sempre regolari per ritmo e quantità, solo dapprincipio un po' dolorose.

La p. dopo le malattie infantili stette bene fino all'ottobre 1929, epoca in cui incominciò ad avere tosse con espettorato, non però accompagnato da febbre.

Solo verso la fine del 1930, comparve modica febbre serotina 37°,2-37°,3, con contemporanea diminuzione delle forze e del peso, per consiglio dei sanitari fece cure ricostituenti e ricalcificanti e per tutto il 1931 e 1932 stette abbastanza bene, quantunque continuasse la tosse con discreto espettorato.

Nel febbraio del 1933 per l'aumento della tosse, dell'espettorato e della febbre si fece ricoverare in sanatorio.

Entra nel nostro Istituto il 20 febbraio 1933.

La p. si presenta in condizioni generali piuttosto deperite, ha tosse con espettorato abbondante e positivo per il bacillo di Koch, la temperatura massima è di 37°,6.

L'esame clinico rivela fenomeni cavitari del lobo superiore destro.

Il radiogramma conferma i dati semeiotici, e si pone diagnosi di tisi cirrotica del lobo superiore di destra, come esito di pregressa lobite.

Si decide il trattamento pneumotoracico che s'inizia il 21-II-1933, il pneumotorace riesce parziale e scarsamente efficente data l'aderenza di buona parte del lobo superiore destro.

Il 5 aprile viene associata la frenicoexeresi, si ottiene la immobilizzazione, col rialzo di circa 3 cm., dell'emidiaframma destro.

Il 10 maggio si sottopone la p. ad apicolisi semplice destra.

L'intervento è tollerato benissimo, si continuano regolarmente i rifornimenti pneumotoracici, e la p. avverte un maggior senso di benessere, con discreta diminuzione della tosse e dell'espettorato.

Verso il 20 ottobre, alla base dell'emitorace destro si rileva colla percussione una ottusità mobile, la radioscopia conferma la comparsa di un modico versamento.

Due giorni dopo la p. incomincia ad avvertire un senso di peso all'epigastrio, mancanza di appetito, conati di vomito, dolori diffusi alle articolazioni, modica febbre. Indi compaiono edemi localizzati al dorso delle mani, alle ginocchia ed ai malleoli, e contemporaneamente numerose petecchie pomfoidi specie agli arti inferiori ed alle braccia, scarse al volto, nessuna sul tronco.

Non emorragie gengivali, nè epistassi.

Le prove emogeniche e l'esame del sangue danno i seguenti risultati:

Esame morfologico del sangue: eritrociti quattro milioni 250.000; leucociti 6200; emoglobina (Sahli) 80; valore globulare 0,94.

Formula leucocitaria: neutrofili 67; eosinofili 2; basofili 1; linfociti 16; monociti 14.

Formula di Arneth: 1° 7; 2° 36; 3° 43; 4° 12; 5° 2.

Piastrine: 320.000.

Tempo di emorragia: 4'.

Tempo di coagulazione: inizio dopo 8' fine dopo 22'.

Retrazione del coagulo: completa dopo 2 h. 10'.

Prova del laccio, di Hess e di Koch: negative.

R. V. S. delle emazie, dopo la 1ª h. 37, dopo la 2ª h. 81, I. Katz 38,75.

Reazione di Wassermann negativa.

Nelle orine si nota presenza di albumina 1,5 ‰, e nel sedimento presenza di globuli rossi; pure nelle feci venne riscontrata presenza di sangue.

La sintomatologia dolorosa gastrointestinale ed articolare andò nei giorni successivi gradatamente diminuendo, anche le emorragie cutanee dopo alcune leggere poussée andarono man mano riassorbendosi, per scomparire quasi completamente dopo circa quaranta giorni.

Anche in questo secondo caso si osserva: tempo di emorragia, tempo di coagulazione, retrazione del coagulo, numero delle piastrine, normali; prova del laccio, di Hess, e di Koch negative.

I casi descritti presentano evidenti analogie. Non solo, in ambedue, gli episodî emorragici si sono manifestati consecutivamente ad interventi sul polmone durando breve tempo per poi scomparire, ma anche le indagini anamnestiche, gli esami del sangue e della fragilità vasale compiuti sui due pazienti hanno dato risultati quasi completamente sovrapponibili.

La discussione diagnostica circa l'essenza dei fenomeni di porpora osservati nei nostri pazienti si presenta molto semplice.

Infatti, possiamo subito escludere le diatesi emorragiche costituzionali, quali l'emofilia e la porpora idiopatica di Werlhof.

La prima, oltre ad essere ereditaria, presenta una coagulazione del sangue lentissima o quasi assente, e il tempo di emorragia assai prolungato.

La seconda è caratterizzata da piastrinopenia, tempo di emorragia prolungato, tempo di coagulazione normale, assenza della retrazione del coagulo, la prova del laccio e le altre prove emogeniche positive, emorragie spontanee recidivanti non solo della cute ma anche delle mucose.

Questi quadri così ben marcati nelle loro caratteristiche principali, differiscono notevolmente da quelli osservati nei miei casi che dobbiamo far rientrare fra le diatesi emorragiche sintomatiche o secondarie.

Fra queste possiamo incominciare coll'escludere le porpore da carenza vitamica, quali lo scorbuto e il morbo di Barlow.

Questa forma morbosa è caratterizzata dalla presenza, nell'adulto e anche nel bambino che abbia già iniziato la dentizione, di alterazioni a carico della mucosa boccale: gengivite, stomatite ulcerosa; presenta inoltre tutte le prove di provocazione: prova del laccio, del colpo di martello, di Hess e di Koch nettamente positive.

Si possono pure escludere le sindromi emorragiche che si presentano nel corso di gravi malattie epatiche, della sifilide, della malaria, della endocardite lenta, delle setticemie streptococciche, della anemia perniciosa, della leucemia acuta; nelle intossicazioni jodica, arsenicale, mercuriale, chininica, fosforica, uremica, come pure quelle che si presentano nelle malattie nervose: nevriti, tabe dorsale.

I casi da me descritti si identificano invece, per la loro sintomatologia, alla porpora reumatoide di Schönlein-Henoch.

Infatti, in ambedue, normali erano il numero delle piastrine, il tempo di emorragia, il tempo di coagulazione e la retrazione del coagulo; la prova del laccio leggermente positiva nel primo caso, negativa nel secondo. Nel primo caso si ebbero dolori articolari con edemi ai malleoli ed al dorso delle mani, nel secondo dolori ed edemi articolari accompagnati da dolori colici addominali, nell'uno e nell'altro le petecchie furono a tipo pomfoide; sintomi tutti questi che si ritrovano nella porpora del tipo Schönlein-Henoch.

Dobbiamo adesso porci la domanda se i fenomeni purpurici debbano essere considerati

come i sintomi di una affezione emorragipara primitiva, con eziologia propria, sebbene ignorata e completamente indipendente dalla forma tubercolare, oppure se debbano venire riportati eziopatogeneticamente appunto alla infezione tubercolare ed alle sue eventuali molteplici localizzazioni e complicanze.

Per quanto abbiamo già detto, la prima ipotesi sembra potersi escludere senz'altro. Accettando la seconda ipotesi, rimane da appurare in qual modo l'infezione tubercolare può aver agito.

Vediamo le interpretazioni che i varî AA. formulano circa la genesi dei fenomeni purpurici.

Secondo Frank sarebbero dovuti all'entrata in circolo di veleni istamino-simili di origine intestinale, producenti una particolare condizione dell'organismo detta dall'A. « tossicosi capillare emorragica ».

Tale definizione, che ha in sè la base fondamentale della forma, è ormai dai più accettata ed è entrata nell'uso comune.

Castex, recentemente sostenne l'ipotesi del Marchiafava, che la porpora reumatica avesse una patogenesi simpatica.

La dott.ssa Morelli pose come base delle porpore emorragiche l'alterato ricambio dei lipoidi, in relazione ad un iposurrenalismo, per la deficiente funzione della parte corticale delle surrenali.

Non possiamo tuttavia farne a meno di domandarci, perchè nei tubercolosi fra cui gli iposurrenali sono tutt'altro che rari, i casi di porpora emorragica non siano più frequenti.

Lunedei definisce il morbo di Schönlein-Henoch, come una « angiofilia tissulare » e l'interpreta come dovuta all'azione che i prodotti tossici dell'agente morboso in causa nel morbo di S.-H. eserciterebbero sui tessuti. Si avrebbe perciò una grave sofferenza tissulare, e si libererebbero sostanze di vario genere:

a) sostanze pomfigene istamino-simili;

b) sostanze vasodilatanti meno diffusibili;

c) sostanze dotate di azione chemiotattica sui leucociti;

d) sostanze che determinano diapedesi delle emazie.

Glanzmann sostenne invece l'origine anafilattica della porpora reumatica per una analogia sintomatica fra tale forma di porpora e l'anafilassi, e la chiamò porpora anafilattoide.

Si avrebbe dapprima la sensibilizzazione per determinati veleni e poi per l'assorbimento del veleno sensibilizzante si scatenerebbe l'accesso anafilattico sotto forma di manifestazione purpurea; per alcuni, oltre il veleno specifico sensibilizzante, anche altri veleni non specifici potrebbero scatenare l'accesso anafilattico.

Si conoscono pure nel campo sperimentale dei fenomeni che vanno riuniti nella cosidetta « allergia emorragica », e che sono noti sotto il nome di « fenomeno del Sanarelli » e di « fenomeno di Schwarzmann ».

Sanarelli osservò che nel coniglio trattato con una iniezione endovena di una dose non letale di una cultura di colera, eseguendo 24 ore dopo una iniezione endovena di un filtrato batterico qualsiasi come il proteo, si aveva la morte dell'animale con algidismo e si riscontravano lesioni emorragiche dell'intestino, del peritoneo e dei genitali.

Schwarzmann osservò il seguente fatto: se un coniglio, che abbia avuto nella pelle una iniezione di una piccola quantità di un determinato filtrato batterico, iniezione di per sè stessa innocua o producente solo lieve congestione, riceve dopo 24 ore una seconda iniezione endovenosa dello stesso filtrato, esso presenta notevoli fenomeni emorragici nella cute dove è stata praticata la prima iniezione.

Samek nella sua monografia sulle « diatesi emorragiche» descrisse un caso in cui egli praticò in un soggetto non tubercoloso affetto da peliosi reumatica, un'iniezione di vecchia tubercolina di Koch sotto cute, senza provocare alcun fenomeno reattivo nè locale nè generale; undici giorni dopo però una cutireazione alla Ponndorf eseguita nello stesso soggetto provocò una reazione cutanea intensa a carattere emorragiparo e una poussée di porpora a localizzazione prevalente dal lato cutireattivo.

Essendo negata da autorevoli AA. alla vecchia tubercolina la capacità antigene, anafilattogene in soggetti sani, l'A. interpreta il fenomeno come una reazione di ipersensibilità aspecifica, per uno stato di allergia localizzato specialmente nella cute.

Silvestrini riporta al gruppo della cosidetta allergia emorragica gli eritemi maculosi emorragici dei tubercolotici, affermando la possibilità dell'intervento di tre fattori: infezione tubercolare, gittata tubercolinica (che può esser rimpiazzata dall'intervento di un'altra infezione o intossicazione), e speciale disposizione individuale.

Nel primo caso da me descritto si potrebbe applicare lo stesso ragionamento, ammettendo nel soggetto una predisposizione particolare per cui l'infezione tubercolare ha potuto agire come sensibilizzatrice, e l'entrata in circolo delle tossine tubercolari come fattore scatenante della manifestazione purpurea.

Infatti, come dimostrano i lavori sulla crisi emoclasica da rifornimento di Avezzù e Boggian, di Ponticaccia e Reggiani e altri, sappiamo che l'intervento collassoterapico può pro-

durre una repentina messa in circolo di veleni tubercolari.

Nel secondo caso ho iniettato sotto cute all'avambraccio sinistro presso la piega del gomito cc. 0,1 di tubercolina vecchia all'1 ‰). Dopo 24 ore dalla iniezione si è avuto una leggera ma evidente riacutizzazione dei fenomeni emorragici, con la comparsa di nuove petecchie pomfoidi e una esacerbazione dei dolori articolari, senza che si verificassero aumento febbrile nè altri disturbi.

Tale prova mi ha altresì dato il modo di fare la seguente osservazione: circa un'ora dopo la iniezione di tubercolina, avendo applicato allo stesso braccio un laccio emostatico per un prelievo di sangue, sono comparse improvvisamente, appena estratto l'ago dalla vena, numerose petecchie puntiformi nella cute della piega del gomito.

La prova del laccio eseguita subito nell'altro braccio è stata negativa.

La repentina comparsa delle emorragie nel distretto cutaneo ove si era potuta esplicare l'azione della tubercolina e non in altre zone della cute presenta una evidente analogia con i fenomeni dell'allergia emorragica. A differenza però, di quanto avviene nei fenomeni di Sanarelli e di Schwarzmann nei quali l'iniezione scatenante viene fatta con dose massiva e nel circolo generale, nel nostro caso l'iniezione scatenante sarebbe stata quella eseguita localmente, richiamando quanto può avvenire nella anafilassi inversa.

Ad ogni modo, comunque se ne voglia interpretare il meccanismo di azione, è certo che la infezione tubercolare può portare a stati emorragipari transitori o di lunga durata.

Siccome, però, non in tutti i tubercolosi compaiono manifestazioni di porpora, deve entrare in giuoco, accanto al fattore determinante tubercolare, anche il fattore predisponente individuale.

Robert, Bensaude e Rivet, Opitz e Silberberg vedono tale predisposizione nella anormale funzione del fegato, Schupfer in quella alterata delle capsule surrenali, Villa e Omodei-Zorini invece nelle lesioni degli organi emopoietici e nelle loro conseguenze.

RIASSUNTO

L'A. fa una rassegna della letteratura delle porpore tubercolari, descrive quindi due casi di porpora tipo Schönlein-Henoch comparsa in soggetti in cura pneumotoracica per tubercolosi polmonare, e ne attribuisce la genesi al fattore tossi-infettivo tubercolare in individui predisposti alle manifestazioni purpuree.

BIBLIOGRAFIA.

Alessandri. Riv. Clin. Med., a. XXX, n. 6.
Avezzù e Boggian. Riv. di Pat. e Clin. della Tub., 1929.
Bensaud e Rivet. La Presse Médicale, 1906.
Campanacci. *Trattato Med. Interna*, Ceconi, v. V.
Cecconi. Minerva Medica, n. 18, 1925.
Di Natale. La lotta contro la Tuberc., n. 10, anno IV.
Fedor Schmey. Deut. Med. Woch., 1911.
Galliard e Marchais. Revue de la Tuberculose, 1895.
Garin. Riforma Medica, 1920.
Genoese. Riv. di Clin. Pediatrica, fasc. 6, 1919.
Jona. *Pathologica*, n. 45, 1910.
Lunedei. Riv. di Clin. Med. 1929.
Id. Riv. di Clin. Med., n. 12-15, 1932.
Lion et Le Bayle. Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1910.
Morelli. Riv. di Clin. Med., 30 giugno, 1928.
Omodei-Zorini. Policlinico, Sez. Prat., n. 29, 1933.
Omodei-Zorini e Gamna. Relaz. al Congr. di Bari, 1931.
Prasticas. Revue de la Tuberculose, 1924.
Ponticaccia e Reggiani. Giorn. di Clin. Med., 1929.
Rosenthal. Journ. of labor. and clin. med., 1927.
Robert. Paris med., 1904.
Samek. *Diatesi emorragiche*. Ed. Nistri-Lischi, Pisa, 1931.
Schupfer. Il Policlinico. Sez. Prat., n. 29, 1933.
Silvestrini. Il Policlinico, Sez. Pratica, n. 29, 1933.
Vercesi. Folia gynecologica, fasc. 3, 1926.
Villa. Riv. di Pat. e Clin. della Tuberc., n. 5, 1928.

***Pubblicazione* SEMI-GRATUITA:**

Dott. Prof. ACHILLE CAPOCROSSI
Docente di Patologia Medica nella R. Univ. di Roma
Medico Primario e Direttore dell'Osp. Civile « Mazzoni » di Ascoli Piceno

Concetto e diagnostica della tisi iniziale.

Riportiamo il giudizio espresso su questo volume, dal Chiar.mo prof. **Fabio Rivalta**:

« *In questa monografia, indispensabile per ogni medico che voglia rapidamente mettersi a giorno sulle scoperte relative alla tubercolosi sono esposte in modo perfetto e completo le moderne teorie che del tutto hanno modificato i criteri già dominanti sulla patogenesi e sulla cura di questa malattia. L'autore ha svolto con molta competenza e con sintesi efficace tutto l'argomento della infezione tubercolare primitiva infantile in stretto rapporto colla tubercolosi polmonare dell'adulto e relativi stadi ed esiti. Non manca un cenno sull'importante fenomeno di Koch, sull'allergia, sulle tubercoline e sulla reinfezione e superinfezione. L'autore svolge pure in modo completo i quadri clinici delle forme acute e croniche indugiandosi sopratutto sull'importante argomento dei primi sintomi della tisi incipiente ed infine accenna anche all'esame obbiettivo generale e alle ricerche di laboratorio e delle reazioni umorali.*

Il libro non è molto voluminoso e si legge col massimo interesse poichè indica al medico pratico tutti quei principii fondamentali che oggi hanno finito per dirigere la cura specifica immuno-biologica di questa funesta e diffusa malattia ».

Volume in-8°, di pag. IV-83. Prezzo L. **10** più le spese postali di spedizione.

Eccezionalmente agli abbonati del « Policlinico » che abbiano già pagato o che inviino contemporaneamente l'intero o il residuo importo dovuto pel loro abbonamento, il volume è ceduto in Italia per sole L. **6** franco di porto. Per l'Estero L. **8**.

Inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

Fisiopatologia della commozione cerebrale.

(A. KRAL. *Med. Klin.*, 5 e 12 luglio 1935).

Il sintoma principale della commozione cerebrale (c.c.) è la perdita della coscienza, di varia durata, che dal punto di vista fisio-patologico sarebbe, secondo l'opinione corrente, l'espressione di un danneggiamento generale del cervello e della corteccia cerebrale in ispecie. Ma già nel 1912 Reichardt aveva notato che la perdita della coscienza nella commozione cerebrale poteva essere riportata ad un danneggiamento del rombencefalo e del mesencefalo: questa concezione trova importanti conferme in osservazioni cliniche e sperimentali. Interessante per una più precisa localizzazione della lesione provocatrice dei disturbi della coscienza è l'osservazione dei disturbi della regolazione del sonno e della veglia, che nella c.c. si riscontrano: tale regolazione è legata all'integrità della zona di passaggio meso-diencefalica. Ad una lesione di tale regione fanno pensare anche i disturbi motori presentati dagli individui colpiti da c.c. (ipotonia muscolare, ipo- o areflessia tendinea e cutanea, scomparsa dei riflessi di posizione), che decorrono parallelamente all'alterazione della coscienza e dimostrano una notevole somiglianza con il comportamento dell'individuo durante il sonno. Anche i sintomi oculari (alterazioni della reazione pupillare alla luce, della forma delle pupille, paralisi muscolari e dello sguardo) parlano in favore di una lesione del cervello medio. Così pure è per i sintomi vegetativi (alterazioni del respiro, del polso, della pressione, della regolazione della temperatura ecc.), che secondo le odierne concezioni non possono spiegarsi con una lesione esclusiva dell'oblongata.

La tachicardia dei casi più gravi invece fa pensare che in questi anche l'oblongata sia lesa. Nella c.c., oltre ad un'amnesia retrograda, esiste un'amnesia anteretrograda, che è espressione di quella lesione cerebrale che sta alla base del quadro morboso della c.c. L'analisi psico-patologica dimostra che anche alla base della psicosi, che attraverso un periodo delirante può svilupparsi nella c.c., e che è caratterizzata essenzialmente da un complesso sintomatico amnestico, sta una lesione della regione di passaggio meso-diencefalica. Anche dal punto di vista anatomo-patologico si giunge alle stesse conclusioni a cui porta l'analisi psico-patologica: l'assenza di lesioni nei casi ad esito letale immediato non ha valore assoluto per dimostrare la natura puramente funzionale della c.c., in quanto le lesioni strutturali esigono un certo tempo per rendersi evidenti: infatti se l'uomo o l'animale (nelle ricerche sperimentali) sopravvive per un periodo sufficientemente lungo, si riscontrano nette alterazioni anatomiche. Interessanti specialmente le ricerche di Berner, che negli individui morti in seguito a trauma cranico ha riscontrato quasi costantemente emorragie nella regione di passaggio meso-diencefalica, ventralmente all'acquedotto, ed in secondo luogo anche in corrispondenza del pavimento del IV ventricolo, e quelle di Martlad sul cervello dei pugilatori. Quanto ai rapporti tra commozione e contusione cerebrale, l'anatomia patologica non ci permette oramai di separarle nettamente; la clinica d'altra parte dimostra che la c.c. è espressione di una lesione localizzata in corrispondenza del tronco cerebrale, per lo più regredibile. M. NUNBERG.

Sulla probabile patogenesi diencefalica di alcune forme di miopatie progressive.

(L. D'ANTONA. *Minerva Medica*, 17 marzo 1935).

Le atrofie muscolari progressive, cosidette protopatiche, abbenchè individuate nei loro multiformi aspetti clinici, costituiscono ancora un oscuro problema dal punto di vista patogenetico. Dopo averne cercata la ragione d'essere nei muscoli stessi, molti AA. vollero vederne la causa in disfunzione delle ghiandole a secrezione interna. Del tutto recentemente è sembrato più logico pensare ad un disturbo dell'apparato centrale che regola le correlazioni fra le varie ghiandole, anzichè ad una origine centrale nervosa è stata specialmente sostenuta per quella singolare ed interessantissima forma di distrofia muscolare progressiva rappresentata dalla distrofia miotonica o miotonia distrofica o malattia di Steinert, malattia eredo-familiare, progressiva, malattia nella quale, oltre ai fatti muscolari, si nota atrofia testicolare, calvizie precoce, disturbi vasomotori e secretori vari ecc. Già Naegeli aveva pensato che questa forma morbosa fosse una trofoneurosi, a sede negli apparati trofici centrali o negli organi interni da essi regolati. A favore anche dell'origine nervosa centrale stanno le osservazioni di Curschmann. Certo è che sono le osservazioni cliniche quelle che attualmente forniscono il più valido appoggio alla concezione della genesi centrale, nervosa, delle distrofie muscolari progressive, e precisamente l'associarsi, alle manifestazioni muscolari, di quadri che, ritenuti nel passato di indole puramente endocrinopatica, tendono oggi ad essere ricondotti ad alterazioni di quei centri neurovegetativi diencefalici alla cui lesione Curschmann fa risalire la genesi della distrofia muscolare. Fra questi figurano, fra l'altro, la poliuria insipida e la distrofia adiposo genitale, le due sindromi che con una certa frequenza si riscontrano anche associate alla encefalite letargica, localizzazione mesencefalo-ipotalamica per eccellenza.

È perciò che due osservazioni del D'Antona riescono sommamente interessanti.

Di un caso già altra volta ebbe ad occuparsi S. D'Antona: ricoverato nuovamente il p. oltre ai soliti disturbi, si notava, come fatto nuovo, una poliuria ed una polidipsia: diuresi giornaliera fra i 2, 5-4 litri, poliuria semplice in sul principio, trasformatasi in seguito in vero e proprio diabete insipido. Altro fatto: episodi febbrili ad intervalli irregolari, in genere dopo strapazzi, ed in più, ipersonnia. Data la localizzazione oggi generalmente ammessa dei centri regolatori della temperatura e del sonno, se ne comprende l'importanza. Il secondo caso riguarda un operaio trentatreenne, il quale a 16 anni, durante la pandemia influenzale ebbe a soffrire di una forma che il medico disse meningo-encefalite, dalla quale peraltro si rimise completamente tanto da poter prestar servizio militare qualche anno dopo. Verso i 22 anni, inizio di diminuzione di forza agli arti inferiori, progressione di essa e, quattro anni dopo, identici fatti a carico degli arti superiori, diminuzione del visus per cataratta, di poi ingrassamento progressivo.

Obiettivamente abnorme sviluppo del pannicolo adiposo, specie sul tronco, sui fianchi dell'addome, sulle regioni glutee. Strie di atrofia cutanea nel triangolo di Scarpa. In contrapposto, atrofia dei muscoli degli arti. Calvizie accentuata, glabri il torace ed il tronco. Atrofia dell'apparato sessuale. A carico del capo: aspetto tapiroide delle labbra. Collo sottile. Pressione 105-65. Negativo l'esame degli organi interni. Sieroreazioni negative. Aplasia della sella turcica. Deambulazione con un certo carattere steppante; fisionomia rigida ed inespressiva. Nessun disturbo a carico dei nervi cranici. Nessun disturbo a carico dei movimenti passivi. Notevoli disturbi a carico dei movimenti attivi. Atrofia dei muscoli del collo, atrofia dei muscoli degli arti superiori, specie dei flessori dell'avambraccio. Atrofia grave dei muscoli della gamba. Riflessi cutanei presenti, deboli i tendinei superiori, evidenti i rotulei, assenti gli achillei. Manifestazioni di miotonia meccanica su quasi tutti i muscoli, eccetto quelli della gamba; Chwostek evidente.

Classico quadro pertanto di distrofia miotonica e spiccato quadro di distrofia adiposo genitale.

Le associazioni sindromatiche di cui è detto in questi due casi non sono le sole descritte nella letteratura a testimoniare la importanza del sistema diencefalo-ipofisario nella genesi della distrofia muscolare progressiva: la sindrome poliurica è stata già segnalata dall'A. stesso il quale ha individualizzato la distrofia miotonica, cioè lo Steinert. Analoga osservazione è riferita da Maas e Zondek e recentemente da Krause e Ellenbeck, nel qual caso, anzi, vi era una certa ipersonnia; così pure Harvier e Decourt.

Un'alterazione nella distribuzione del grasso è stata descritta in un'altra osservazione del Krause ed Ellembeck. Una sindrome adiposa si era svolta anche nel caso di Hervier e Decourt.

Alterazioni del ricambio idrico e dei grassi non sono certo le sole alterazioni che parlano per una compromissione delle formazioni diencefaliche nella distrofia miotonica: è utile, per es., ricordare la poliglobulia come nel primo caso descritto è accennata. Associazioni di quadri quali quelli descritti nella distrofia miotonica, sono ricordate anche in altre forme di miopatie, a riprova di affinità oltrechè cliniche anche genesiche, diencefalica. Runge descrive un caso di distrofia muscolare progressiva infantile, nel quale al quadro dell'adiposità si associavano amimia, ipertrofia della lingua, manifestazioni coreiformi. Così Nicolesco e Lazaresco hanno descritto fenomeni miotonici, atrofia testicolare e diabete insipido associati ad un parkinsonismo atipico, Westphall ha illustrato quattro casi di classica distrofia muscolare progressiva con sintomi extrapiramidali a tipo mioclonico, coreico ed atetosico, così il Vial e Rouquier.

L'ipotesi dunque dell'intervento dei centri vegetativi centrali nella genesi di alcune distrofie muscolari progressive, cosidette protopatiche, sembra molto suggestiva.

MONTELEONE.

Sulla meningite linfocitaria epidemica.

(K. HOESCH. *Zentralbl. f. innere Mediz.*, 4 maggio 1935).

Vertono ancora le discussioni sulla natura della meningite linfocitaria. di cui la prima epidemia è stata osservata nel 1910-13 da Netter, Lomby e Untinel. Le osservazioni sono andate moltiplicandosi successivamente, sotto varie denominazioni fra cui anche quella di meningite sierosa acuta (da distinguersi da quella di Quincke, in cui manca la pleiocitosi); delle piccole epidemie sono state segnalate in Russia, Svizzera, Austria (Schneider), in Germania da Hasser, Eckstein, Green; la sindrome clinica completa è stata descritta da Walgreen in base ai casi dell'epidemia manifestatasi nel 1921-1924 nei paesi scandinavi. Quali caratteristiche di tale affezione egli nota: l'insorgenza brusca, il decorso breve e benigno della malattia, il liquor riccamente linfocitario e costantemente sterile.

Mentre alcuni AA. (Burhardt e Kollarits) mettono la meningite linfocitaria in rapporto all'infezione grippale, altri vorrebbero vedere il suo agente patogeno nel virus erpetico; attualmente però la maggioranza degli studiosi credono che si tratti di un'affezione affine alla encefalite od alla poliomielite; tale opinione è specialmente sostenuta da quelli che considerano anche queste due ultime malattie quali

strettamente imparentate (Eckstein, Hottinger, Spielmayer). Una diretta conferma sulla natura comune della meningite linfocitaria e della poliomielite sarebbe stata fornita da Eckstein e i suoi collaboratori, i quali con iniezioni di liquor di un meningitico ottenevano in una scimmia il quadro clinico-anatomico della poliomielite.

L'osservazione di 9 casi di meningite linfocitaria acuta ha fornito all'A. la possibilità di formulare in proposito alcune considerazioni di carattere clinico ed etiologico.

Quasi tutti i suoi casi si riferiscono a uomini di giovane età (12-30 anni); la malattia, di cui la durata oscillava fra 2 e 8 settimane, insorge acutamente con cefalea, artralgia, rigidità nucale, brivido. La febbre ascende progressivamente coll'avanzare della malattia, per poi discendere gradualmente; sono caratteristiche transitorie recidive febbrili di durata di 1-2 giorni. Il quadro ematologico presenta soltanto una lieve leucocitosi e un insignificante aumento della velocità di sedimentazione. Il liquor che fuoriesce a pressione aumentata presenta una notevole pleiocitosi, dovuta quasi esclusivamente al notevole numero di linfociti (fino a 5000 per cc.); vi è discreto aumento delle albumine; le reazioni di Nonne e Pandy non sono però costantemente positive. Le ricerche batteriologiche sul liquor hanno avuto sempre esito negativo.

Il reperto neurologico variava per intensità e localizzazione; il sintoma di Kernig, presente in tutti i casi, qualche volta era solo accennato; lo stesso dicasi dei sintomi di Brudzynski, Lasègue ecc.

L'iperestesia generalizzata o localizzata (nei punti di emergenza dei nervi) è stata notevole solo in un caso; la cefalea era frequente e, come del resto anche gli altri sintomi, si accentuava nelle brevi recidive.

Qualche volta è stata osservata assimetria dei riflessi tendinei, in un caso i riflessi patologici di Bechterew e Rossolimo. A carico della motilità in due casi si manifestarono paresi transitorie dei muscoli oculari, in un altro paresi del facciale, e infine in un quarto caso sintomi di un'affezione emicerebellare. Solo in un caso vi sono state alterazioni psichiche nella fase acuta della malattia; in altri due la malattia ha lasciato delle sequele nel senso di minorato rendimento psichico, frequenti cefalee, disturbi del sonno.

Analizzando la sintomatologia clinica dei singoli malati, l'A. fa notare come questa, a seconda dei casi, indirizzava a etiologia diversa. Così in due casi all'insorgenza della malattia si manifestava pure infiammazione rinofaringea — come è solita avverarsi nelle infezioni meningococciche —; in uno di questi è stato anche notato un esantema fugace e tumefazione delle linfoghiandole della nuca; in un altro herpes. Ora, è noto che anche nella meningite epidemica da meningococco il liquor può rimanere sterile e presentare linfocitosi nello stadio avanzato della malattia; quindi due casi sono considerati dall'A. quali forme abortive di infezione meningococcica.

La maggioranza dei casi si lascia invece avvicinare alle forme encefalo-poliomielitiche; così, le localizzazioni cerebrali fanno pensare alle localizzazioni superiori della malattia di Heine-Medin; le paresi dei muscoli oculari, e i tardivi disturbi del sonno ricordano i quadri dell'encefalite. A conferma di tale opinione starebbe anche il fatto che i casi osservati provenivano dalla stessa zona cittadina dove negli anni precedenti si è verificata un'epidemia di encefalite e poliomielite. L'A. ricorda pure che una meningite non purulenta può essere riscontrata nella encefalite epidemica.

L'A. quindi ritiene che la meningite linfocitaria epidemica non rappresenta che una sindrome, di cui la natura può essere analoga a quella dell'encefalite-poliomielite o invece può costituire una forma abortiva dell'infezione meningococcica. S. Minz.

ORGANI DIGERENTI.

Proctalgia fugax.

(Ch. E. Hess Thaysen. *Lancet*, 3 agosto 1935).

L'A. prende occasione dall'osservazione di tre casi di dolori anali eccezionali apparentemente non legati ad alcuna lesione locale o generale, per fare un ampio studio su una condizione, che non è descritta in alcun trattato, ed alla quale propone di dare il nome di proctalgia fugax.

I caratteri degli attacchi dolorosi della proctalgia fugax sono i seguenti:

1. Colpiscono individui in perfetto stato di salute con intervalli di tempo variabili, indifferentemente di notte o di giorno.

2. Cessano spontaneamente senza lasciare alcuna traccia, all'infuori di un lieve senso di astenia, e, fatto importante, non sono seguiti da disturbi intestinali.

3. Il dolore è localizzato nella regione rettale in prossimità dello sfintere, sempre nello stesso punto nel medesimo individuo, ma con localizzazione variabile nei diversi soggetti.

4. La sua intensità è variabile: può essere leggero e atrocissimo.

5. Ha breve durata: per lo più non oltre dieci minuti.

6. Il dolore viene descritto di peso, di corrosione, di costrizione a mò di spasmo, o di lacerazione; è spesso accompagnato da un senso di tensione alla regione epigastrica o precordiale; non è preceduto nè seguito da tenesmo, flatulenze o parestesie nella regione del retto o dell'ano; raramente s'irradia nelle vicinanze.

L'assenza di qualsiasi lesione locale fa ritenere che si tratti di un dolore di origine ner-

vosa. Gli accessi non hanno nulla di comune col dolore delle ragadi anali, dell'emorroidi, della coccidinia o della proctite. In effetti non sono accompagnati da tenesmo e sono affatto indipendenti dalle defecazioni.

Nel 1907 Albu descrisse cinque casi di neuralgia rettale caratterizzata da dolori intermittenti o remittenti localizzati al retto, donde s'irradiavano alle anche, al perineo e talora anche alle gambe. Il dolore aveva durata molto varia, da qualche minuto a giorni, e si ripeteva anche parecchie volte al giorno. Non aveva relazione con le defecazioni, nè con disordini intestinali (stitichezza o diarrea). Lo stesso autore trovò che la neuralgia rettale rassomiglia alla crisi anale tabetica.

Pickardt ha riportato due casi di dolore rettale nervoso in due individui che avevano precedentemente sofferto blenorragia anale.

Schmidt nel suo trattato sulle malattie intestinali così descrive la neuralgia del retto: « Prescindendo dalle crisi anali della tabe e della coccicodinia, non di rado si osservano dolori neuralgici del retto e della regione anale, che possono consistere soltanto in iperestesie e parestesie dell'ano o combinanti con esse.

Gant riferisce qualche caso di neuralgia rettale in individui sofferenti di stipsi che non somigliano affatto alla proctalgia fugax, ma corrispondono meglio alla neuralgia rettale descritta da Albu.

Non è dubbio che il dolore rettale descritto da Albu, Schmidt, Pickardt e Gant costituisce una medesima affezione caratterizzata da un dolore intermittente o remittente, che frequentemente s'irradia nelle regioni vicine e si accompagna a parestesie ed iperestesie. Nella maggioranza dei casi, d'altra parte, si riscontrarono sempre disturbi o vere lesioni gastrointestinali più o meno lontane dall'ano.

Invece la proctalgia fugax ha un quadro clinico affatto particolare, per il quale si distingue nettamente da tutte le altre forme di neuralgia rettale.

Essa non può venire confusa con le crisi anali tabetiche che Lewandowsky descrive come attacchi di dolore del retto, caratterizzati dal senso di penetrazione nell'ano di un grosso corpo estraneo, e Pierre Marie descrive sempre associate a diarrea, tenesmo rettale ed emorragia anale.

Nè può essere confuso con l'enteralgia nervosa o neuralgia del plesso mesenterico che ha sempre lunga durata e che è quasi sempre preceduta o seguita da dolori addominali. Del resto il termine di enteralgia nervosa il più delle volte serve a coprire affezioni organiche più o meno sospettate e di cui non si può dare la dimostrazione clinica, quali l'ulcera gastrica o duodenale, la stipsi spastica, la colite mucomembranosa, la colica saturnina.

Il decorso della proctalgia fugax è molto varia. V'è qualche paziente che ha tre accessi in un anno, e qualcuno che ne ha anche a distanza di anni. In complesso si ha l'impressione che gli accessi con l'andar del tempo tendono a farsi sempre più rari fino a scomparire.

L'etiologia della proctalgia fugax è ignorata: in effetti non si può precisare se si tratta di un disturbo nervoso primitivo o riflesso. Certo è che nessuno dei pazienti esaminati dall'A. era neurastenico.

Sembra, comunque, da escludersi che il dolore dipenda da uno spasmo dello sfintere, perchè in tal caso esso dovrebbe essere localizzato nel retto al di sopra dell'ano o nella parte più bassa del sigma.

Data la breve durata e la varia frequenza degli accessi della proctalgia fugax non si richiede nella maggioranza dei casi una cura preventiva o sintomatica. Quando il dolore è molto forte e persiste più dell'abituale si può somministrare belladonna, luminal o codeina. I suppositori a base di belladonna e oppiacei arrestano immediatamente l'accesso. DR.

L'operazione combinata sincronica nella cura radicale del cancro del retto.

(KIRSCHNER. *Archiv f. Klin. Chir.* Vol. 180, pagg. 296, 1934).

Di 282 ammalati osservati, solo metà vennero assoggettati all'intervento radicale; l'altra metà non era più operabile. Di quelli operati e non operati vivevano dopo 5 anni solo il 14 %. Di quegli operati radicalmente dopo 3 anni viveva ancora il 32 %. 34 morirono per l'operazione e 21 % per recidiva. L'alta mortalità operatoria ha indotto l'A. a modificare la tecnica operatoria. Il metodo combinato fu eseguito sempre in una sola seduta e nella forma di amputazione del retto. Lo stesso per via sacrale. La mortalità per operazione combinata è del 35 % e quella per via sacrale solo del 18 %. Dopo 3 anni degli ammalati operati per via combinata senza recidiva vivevano ancora il 30 %, dopo la sacrale il 35 %, per recidiva morirono il 30 % dopo l'operazione sacrale e il 18 % per via combinata. Ne deduce che la mortalità primitiva per via combinata è molto più alta mentre le recidive sono molto più rare e quindi il metodo combinato è superiore a quello sacrale. Quindi o bisogna migliorare il metodo sacrale o quello addominale. La prima via hanno seguìto Goetze e gli altri; la seconda l'A. con l'operazione doppia sincrona, operando contemporaneamente dall'alto e dal basso. La posizione del malato molto importante per questa, è quella del taglio della pietra in posizione di Trendelenburg. 2 gruppi di operatori operano contemporaneamente. L'operazione viene diretta dall'operatore che opera per via addominale. Si comincia col taglio laparotomico ed intanto il secondo operatore fa l'anestesia per via sacrale. Il primo operatore mobilizza il mesosigma, seziona l'intesti-

no e lo disseca verso il basso. Prepara la vescica o l'utero, gli ureteri, lega l'arteria sacrale media e qui arriva nel campo del secondo operatore. Il primo operatore passa al secondo il moncone superiore del retto e contemporaneamente proseguono alla liberazione del retto sia dall'alto che dal basso fino a liberare completamente il retto. Il secondo operatore introduce una compressa e un drenaggio nel cavo sacrale che sutura parzialmente e così termina la sua operazione. Il primo operatore chiude ora il peritoneo completamente e stabilisce l'ano definitivo.

Con lo stesso metodo si può fare anche una resezione del retto.

In questa maniera è molto facilitata l'operazione.

Lo scopo principale è di ridurre la mortalità postoperatoria. Pochi sono ancora i casi operati dall'A. con questa tecnica da cui spera di ottenere lo scopo prefisso. VALDONI.

Chirurgia del cancro del retto.

(A. GOETZE. *Arch. Klin. Chir.* Vol 100, pag. 240, 1934).

Nella cura del cancro del retto è molto importante il sapere che per lungo tempo il tumore resta nei limiti dell'operabilità. Nell'80 % dei casi è localizzato nell'ampolla e nella parete del retto, non oltrepassa mai in alto e in basso una distanza di 1-1,5 cm. dei suoi margini, il che significa che si può parlare di cura radicale quando la linea di resezione sia a 3 cm. sotto il margine e che spesso si può conservare lo sfintere. È invece più frequente l'invasione del grasso perirettale e del Douglas a seconda della sede. Importante però che questa infiltrazione non oltrepassa posteriormente la fascia viscerale pelvica che deve quindi essere considerata come uno strato resistente all'infiltrazione e che ci indica il confine della nostra operazione. La fascia è liscia posteriormente e dietro ad essa decorre l'arteria sacrale media e si trova del grasso.

Molti casi di tumori fissi hanno dimostrato che questa fissità non era dovuta a infiltrazione neoplastica della fascia ma bensì a una adesione di origine infiammatoria in modo che questo segno clinico non può decidere contro l'operabilità.

È ancora da osservare che le metastasi glandolari regionali, fin'ora ritenute rare, sono invece molto frequenti e di ciò occorre tener conto poichè le vie linfatiche seguono le diramazioni dell'arteria emorroidaria superiore. I legamenti pararettali laterali sono invece sempre liberi. Quando un intervento sia condotto con giusti criteri non si avranno recidive locali.

I polipi accompagnano nel 50 % dei casi i cancri; hanno quindi una grande importanza patogenetica e vanno trattati sempre come se fossero cancri.

Perchè un intervento possa dirsi radicale è necessario che il pezzo operativo sia limitato in avanti e indietro dalla fascia viscerale pelvica; in basso vi devono essere i legamenti pararettali laterali con le arterie emorroidarie medie e gli elevatori, indietro il tessuto retrorettale e i rami dell'arteria emorroidaria superiore. Questa arteria deve essere sezionata al disopra della arteria colica media, cioè sopra il punto di Suduk. Questa legatura deve essere l'unica su questo vaso.

Infine la linea di sezione sotto il tumore deve distare almeno 3 cm. dal margine del tumore; in alto bisogna asportare tutto il colon pelvico assieme agli sfondati del Douglas e quando è possibile anche la metà del sigma.

Due sono i metodi che permettono una operazione radicale: l'addomino-sacrale e il sacrale.

Nell'addomino-sacrale si pratica una laparotomia mediana inferiore, si incide il peritoneo alla base del mesosigma e si lega la emorroidaria superiore a 3 cm. sopra il promontorio. Si distacca poi ottusamente il retto e il tessuto retrorettale dal sacro e dal coccige previa incisione della fascia pelvica viscerale e l'arteria sacrale. In avanti si libera il retto dalla vescica e dall'utero. I legamenti pararettali restano in sede.

Se si deve applicare un ano iliaco si seziona ora il colon, il moncone superiore viene fissato alla parete, l'inferiore incappucciato in un dito di gomma. Il peritoneo verrà ricostruito dalla via sacrale. Si chiude la ferita laparatomica, il malato viene messo in pasizione ginecologica e l'operazione procede come nella sacrale pura.

In questa viene sezionato il sacro fra il 3° e 4° foro sacrale ed estirpato con il coccige. Si prepara allora la fascia e la art. sacrale media fino al disopra del promontorio, si aprono allora gli sfondati del Douglas e si lega la sacrale a livello del promontorio. Tirando sull'intestino si mette in evidenza l'emorroidaria superiore che viene legata e sezionata e si mobilizza poi il sigma per il tratto voluto. Si mette allora ben in evidenza la vescica o l'utero, si seziona la plica peritoneale che viene ora suturata al margine peritoneale posteriore in modo da chiudere il peritoneo. Si distacca ora il retto dalla prostata e si mettono bene in evidenza i leg. pararettali. Si mette poi in evidenza la faccia posteriore dell'elevatore dell'ano e si lega quanto più distante è possibile l'arteria emorroidaria media. L'asportazione del retto è ora completata.

Fra i due tipi di intervento è preferito dall'A. quello sacrale. VALDONI.

MICROBIOLOGIA.

La cultura del bacillo di Hansen.

(M. A. VAUDREMER e C. BRENE. *Bulletin de l'Académie de Méd.*, 25 giugno 1935).

La cultura del bacillo di Hansen è stata varie volte tentata, ma il più spesso i tentativi sono falliti. Gli AA., che si occupano dell'ar-

gomento da ben sette anni utilizzando le tecniche sperimentali utilizzate da uno di essi con successo nelle sue ricerche sul bacillo tubercolare, hanno potuto vedere il bacillo della lebbra svilupparsi e dare delle culture abbondanti, di cui alcune si sono mantenute da circa sei anni.

In questa loro comunicazione gli AA. descrivono la tecnica usata ed i risultati ottenuti.

Nel piano delle loro ricerche, gli AA. hanno cominciato dallo stabilire se il bacillo di Hansen, che sotto molteplici aspetti e molto simile a quello della tubercolosi, si comportava come questo, quando fosse seminato in terreni di cultura speciali. Hanno inoltre ricercato quale fosse il materiale di lebbrosi che desse la maggiore percentuale di culture positive ed hanno constatato che, oltre al sangue preso asetticamente occorre scegliere dei lepromi ben limitati, in attività, duri, ricoperti di pelle pulita, tesa ma non ulcerata. Fatta la scelta del leproma è necessario assicurarsi che la pelle sia insensibile al livello ed intorno al punto in cui sarà fatta la biopsia. La biopsia deve comprendere soltanto il leproma, escludendo la pelle al disopra di esso, la quale deve essere distrutta col galvanocauterio, onde ottenere una sicura asepsi.

Dei frammenti di ciascuno dei lepromi furono seminati in *filtrato aspergillare*, della cui costituzione gli AA. hanno già dato comunicazione, ed inoltre in brodo di patate senza glicerina, in soluzione fisiologica, nel brodo Martin. L'esame del filtrato aspergillare, fatto ogni otto giorni, mostrò degli elementi globosi, il cui numero variava secondo il ceppo che era stato seminato. Dopo un periodo variabile da quindici a trenta giorni, si videro apparire degli elementi pseudo-meningococcici, che prendevano il Gram.

L'evoluzione progressiva delle culture venne d'altra parte a dimostrare che questi elementi erano espressione non di una impurità della cultura bensì del b. di Hansen stesso. Infatti allo stadio pseudo-meningococcico successe molto precocemente uno stadio bacillare cianofilo: queste forme bacillari, molto fini, granulose, prendenti il Gram, disposte a palizzata, avevano un aspetto difteroide. In seguito si vide la *forma granulosa cianofila* dar luogo ad un reticolo di aspetto micelico, cianofilo egualmente. che conteneva degli ammassi di bacilli acido-resistenti. Successivamente il micelio disparve e rimasero numerosi bacilli acido-resistenti.

Riassumendo, i germi studiati dagli AA. e posti nelle condizioni sperimentali da essi indicate, hanno percorso, durante il loro sviluppo, un ciclo identico di cui è variata soltanto la durata del passaggio fra i differenti stadi del ciclo che può essere schematicamente così riassunto: B. acido-resistenti; elementi meningococciformi; B. cianofili corti; B. cianofili lunghi; B. acido-resistenti.

In un secondo gruppo di ricerche, le esperienze sugli animali hanno dimostrato che, nel topo, il sangue e, nelle scimmie, la milza e i gangli mesenterici davano origine a delle forme batteriche, che si sviluppavano sotto la forma iniziale di granuli cianofili e Gram-positivi. Secondariamente le forme granulari erano rimpiazzate da forme bacillari dapprima cianofile e quindi acido-resistenti. Queste caratteristiche di soli germi erano identiche a quelle osservate nelle culture.

Clinicamente, le stimmate persistenti osservate ai punti di inoculazione sotto forma di escara e di edema locale, di alopecia, di macchie ipocromatiche e di paralisi radiale, sono dei fenomeni di cui non si saprebbe negare l'importanza. È da notare che nè le biopsie, nè gli esami praticati *post-mortem*, non hanno permesso di svelare in alcun luogo la presenza di bacilli acido-resistenti. Questi sono stati ritrovati soltanto nelle culture provenienti dalle semine del sangue e dei gangli mesenterici, nei mezzi di cultura sopra descritti. D'altra parte, se è vero che i ratti bianchi e le scimmie non mostrarono tutte le lesioni esteriori della lebbra umana, ne mostrarono però alcune e l'infezione successiva con i germi prelevati dalla cultura determinò in essi dei fenomeni a tipo setticemico mortale. Questi germi, isolati al momento della morte dell'animale, sono ridivenuti acido-resistenti nelle condizioni sperimentali sopra descritte.

A questo è da aggiungere che le ricerche sierologiche fatte portano una nuova prova dimostrativa che si trattava di b. di Hansen. Le ricerche sono state fatte con undici sieri, sette di malati non lebbrosi, uno di un tubercolotico, tre sieri di lebbrosi. L'agglutinazione 1/50 fu *nulla* con i sieri normali, leggera con il siero tbc., totale con i tre sieri lebbrosi. Un siero lebbroso, che proveniva da una lebbra torpida, non agglutinò.

L'azione litica dei sieri, anch'essa ricercata, ha dimostrato che la lisi dei bacilli, che è totale con dei sieri leprosi, è nulla con dei sieri normali. Questi fenomeni positivi di agglutinazione e di lisi hanno condotto gli AA., come era logico, a tentativi terapeutici veramente interessanti: favorevoli risultati di questi tentativi, già pubblicati, costituiscono la prova che le culture dagli AA. ottenute erano realmente delle culture di b. di Hansen.

G. LA CAVA.

Il periodico italiano più vivo, più vario, più ricco nel campo dell'igiene, della medicina preventiva e della biologia applicata alla medicina, è dato dagli ANNALI D'IGIENE diretti dal prof. G. SANARELLI. Se ne chieda un numero di saggio e sarà inviato gratis. Abbonamento annuo: per l'Italia L. **60**, per l'Estero L. **100**; ai nostri abbonati L. **55** e L. **95**; è istituito un abbonamento al solo allegato (Igea) per L. **10.**

Rivolgersi all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA (106)

DIVAGAZIONI

Omeopatia ed endocrinologia.

(E. BASTANIER. *Med. Klin.*, 12 luglio 1935).

L'A. illustra il concetto di omeopatia, i cui presupposti troviamo espressi nella seguente affermazione di un farmacologo nemico dell'omeopatia: « l'avvelenamento è una malattia locale o generale ed una malattia è un avvelenamento locale o generale ». Secondo l'omeopatia con i medicamenti che producono manifestazioni simili ad una malattia si può curare detta malattia. Anzitutto bisogna ben conoscere l'azione dei singoli medicamenti sull'uomo sano: davanti all'ammalato il medico omeopatico paragona il quadro morboso con quello prodotto dai varî medicamenti. L'omeopatia è anche in virtù della sua metodica una terapia costituzionale e come tale comprende tutti i complessi componenti del quadro costituzionale, quindi anche i fattori endocrini. Anche nel campo endocrinologico l'omeopatia ha trovato dei mezzi, come ad es. lo jodio, che sono in grado di migliorare disturbi endocrini. A proposito dello jodio e del morbo di Basedow l'A. accenna al problema delle dosi. Anche il sale di cucina ha una parte importante quale mezzo di cura del morbo di Basedow nella letteratura omeopatica. Nel Basedow vi sono manifestazioni endocrine simili a quelle prodotte da alterazioni di altre glandole a secrezione interna: il medico omeopatico può prendere in considerazione nel Basedow svariati veleni, che dimostrano rapporti con questo o quell'organo a secrezione interna (vediamo insorgere, ad es., nell'avvelenamento da Fe od As complessi sintomatici pluriglandolari) e si lascerà guidare per la terapia dalla legge omeopatica della somiglianza, basandosi sulla sintomatologia che il p. presenta. L'A. conclude con l'affermare che, sebbene l'omeopatia non abbia dato speciali contributi alle ricerche endocrinologiche, una collaborazione in questo campo con la medicina ufficiale potrà dare brillanti risultati. M. NUNBERG.

Pubblicazione SEMI-GRATUITA:

Dott. VIRGINIO DE BERNARDINIS

Ten. Col. Medico, presso la Direzione Gen. di San. Mil.

Rapporti fra malaria e tubercolosi

INDICE: *Premessa.* — CAP. I. Consensi e dissensi sul vario interferire delle due infezioni. — CAP. II. I dati statistici nelle popolazioni e negli eserciti. — CAP. III. Significative interferenze fra la malaria, la tubercolosi ed altre malattie. — CAP. IV. Le ricerche finora eseguite nella coincidenza o nei rapporti delle due infezioni. — CAP. V. Nostre ricerche sui rapporti fra i dissesti ematologici e umorali indotti dalla malaria e dalla tubercolosi. — CAP. VI. La nostra casistica e i rapporti fra malaria e tubercolosi nella medicina legale militare. — CAP. VII. Alcuni punti d'incidenza dei due morbi. La malarioterapia nella tubercolosi polmonare. — Riepilogo e conclusioni. — Bibliografia.

Volume di pagine 144. Prezzo L. **18**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, in Italia, sole L. **12** in porto franco. Per l'estero L. **15**.

Inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

G. ARCOLEO. *La sifilide nella patologia medica.* Società palermitana editrice medica, Milano, 1935; pp. 182 (oltre gl'indici). L. 15.

Giustamente l'A., nell'introduzione al suo lavoro, afferma che la sifilide, al pari di altre malattie croniche, può avere una notevole influenza sul decorso delle comuni affezioni intercorrenti, ed è quindi necessario in ogni stato morboso, anche lieve e di prognosi fausta, ricercare una eventuale concomitante sifilide recente o lontana « sia per essere guidati nella cura, sia per essere preparati a qualunque sorpresa ».

L'A. peraltro ci ha dato soltanto un compendio un po' sommario di patologia medica dell'apparato respiratorio e circolatorio, del fegato, del rene ed apparato uro-genitale, del ricambio, del peritoneo, del sistema nervoso, dell'apparato digerente, dei componenti del sangue, di alcune malattie proprie dell'infanzia, nel quale le alterazioni di origine sifilitica, salvo un più ampio cenno sulla lues cerebrale, paralisi progressiva, tabe dorsale, sifilide ereditaria o congenita sono appena elencate o poco più. Così pure (a parte un breve paragrafo sulla sifilide e tubercolosi polmonare) manca una metodica trattazione tanto dei caratteri differenziali fra la sifilide viscerale e quelle tra le altre malattie che possono con essa più facilmente venir confuse, quanto del reciproco influsso tra lues in genere e malattie intercorrenti. Quante volte, proprio una malattia intercorrente non risveglia una sifilide ignorata e ce la rivela anche all'infuori delle prove biologiche?

Nulla poi di molto nuovo, neanche di ciò che potrebbe risultare da una personale esperienza, ci dicono il capitolo sulla cura della sifilide ed il formulario di terapia generale; nè l'esposizione, talvolta un po' affrettata, nè l'edizione non sempre tipograficamente corretta accrescono pregi al lavoro il quale, se mette in evidenza la cultura dell'A. e la buona volontà con cui egli si è accinto al suo studio, avrebbe meritato, ci sembra, uno svolgimento un po' più consono al lodevole scopo per il quale fu ideato. V. MONTESANO.

The 1934 year Book of Dermatology and Syphilology, edited by Fred Wise and Marion B. Sulzberger. The year Book Publishers Chicago. Dollari 3.

Questa pubblicazione annuale, che è già al suo 34° anno di vita, rappresenta un'utile guida per quei medici pratici ed anche per gli stessi specialisti, i quali desiderano tenersi al

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

corrente con i più moderni studii di dermatologia e sifilografia.

Nello scorrere il volume testè pubblicato, troviamo, a mo' d'introduzione, un sommario per i medici pratici sulle cure moderne della sifilide acquisita recente. Seguono altri quindici capitoli, disposti in verità senza un ordine sistematico, nei quali sono trattati i più vari argomenti: dalle *infezioni micotiche*, fra cui anche quelle di tipo eczematiforme e la così detta blastomicosi sud-americana (Bertaccini) alle *dermatiti eczematose* in genere, comprese quelle dei lavoratori e gli eczemi dei bambini; dai fenomeni di *allergia* ed *immunologia* nelle dermatosi alle *eruzioni* da *medicamenti* ed alle *dermatosi ematogene* di probabile natura *allergica*; dal *cancro*, *malattie precancerose* ed altri tumori cutanei, alla *leucemia*, *micosi fungoide* ecc. ed ai *granulomi cronici* (il così detto complesso primario della tubercolosi nella pelle, tubercolosi e sarcoide di Boeck [Sannicandro] « lichen nitidus » e tubercolosi [Ártom M.] ecc.).

Ampi capitoli sono dedicati alle *malattie veneree* (linfogranulomatosi inguinale), alla *terapia* delle malattie cutanee, compresa la terapia fisica, alle recenti *indagini sperimentali* nei più svariati campi della dermatologia (pemfigo, herpes, alterazioni del pigmento), alla *sifilide* in genere ed alla sua terapia con un accenno ai fattori economici e sociali in questa infezione.

L'esposizione dei varî argomenti, dalla quale esula naturalmente qualsiasi proposito di critica o disamina delle idee più o meno nuove che vi sono contenute e che, anche quando lo fossero veramente, non per questo è detto che debbano rispondere sempre al vero, è riassunta in quadri lucidi, sobrii e succinti e ciascun capitolo è fornito di estesa bibliografia in cui non sono trascurati gli AA. italiani (Chiale, Comel, Falchi, Flarer, Freund E., Marta F., Monacelli, Paggi, Rebaudi, Scolari, oltre i già citati).

Copiosi indici alfabetici per materia e per AA. e discrete figure in nero nel testo completano quest'utile volume i cui fini pratici e divulgativi possono, nell'insieme, dirsi in gran parte raggiunti. V. MONTESANO.

Importante pubblicazione SEMI-GRATUITA:

Prof. ETTORE MARCHIAFAVA

La perniciosità nella malaria.

Volume in-8° di pag. 66, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 3 grafiche nel testo e una tavola a colori fuori testo. Prezzo L. **12** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati, in Italia, sole L. **7,50** in porto franco. Per l'Estero L. **10**.

Inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XX Congresso Internazionale di Medicina Legale e Sociale di Lingua Francese.

Questa importante riunione presieduta dal prof. HEGER-GILBERT titolare della Cattedra di Medicina legale, ebbe luogo a Bruxelles dal 17-20 luglio u. s. con l'intervento dei titolari delle Cattedre di Medicina legale delle Università francesi e belghe, e dei cultori della specialità non solo delle due nazioni di lingua francese, ma anche italiani, rumeni, greci, ecc.

Di italiani erano presenti i proff. Lattes, vicepresidente del Comitato esecutivo e delegato governativo, Diez di Roma, rappresentante del Ministero delle Comunicazioni e della Scuola di Medicina del Lavoro di Roma, Palmieri dell'Istituto Medico legale di Napoli.

Il Congresso fu inaugurato dal Vice Presidente del Consiglio dei Ministri sig. VANDERVELDE con un applaudito discorso, in cui parlò della riforma della legge penale e penitenziaria belga. Seguì una conferenza del prof. CORNIL, avvocato generale della Corte di Cassazione belga, su: « Gli anormali e il Diritto penale ».

I temi svolti furono i seguenti: 1) Le complicazioni dei monconi d'amputazione, e valore della protesi nel rendimento professionale degli arti (prof. MARTIN di Bruxelles); 2) Caratteri e diagnosi delle ferite prodotte in vita o dopo la morte (prof. LANDE e DERVILLE di Bordeaux); 3) Diritto comune e diritto forfaitario nella riparazione del danno causato da malattie professionali e da infortunio (dottoressa MOLDAVER); 4) Le nevrosi traumatiche (prof. COSTEDOAT di Parigi) e le psicosi traumatiche (prof. DE CRAENE di Bruxelles).

Vi fu in ultimo una conferenza del noto professore SAND sul seguente argomento: « In quale misura si possono associare la Medicina legale e sociale? ». Numerose le comunicazioni su svariati argomenti di medicina legale ed assicurativa.

Il 1° tema, ebbe una trattazione che non fuoriusci di molto dalle nozioni a tutti note circa la patologia dei monconi, i mezzi per evitare le complicazioni, le protesi più adatte, e non dette luogo ad importante discussione.

Molto profonda fu, invece, la trattazione del 2° e 4° tema, nella discussione dei quali intervennero i professori Lattes e Diez.

Il 2° era, quando fu proposto, un tema d'attualità in Francia, a causa delle polemiche sollevate dal ritrovamento del cadavere del magistrato Prince.

La conclusione fu che non esistono sufficienti caratteri per distinguere le ferite premortali da quelle provate immediatamente dopo la morte.

Il prof. LATTES illustrò, nel corso della discussione, un interessante caso di suicidio il quale era stato attribuito dal soggetto, per particolari sue ragioni di vendetta, ad omicidio, simulando un'aggressione.

Il tema sulla questione, sempre d'attualità, riguardante le neurosi traumatiche e la loro indennizzabilità, chiamò in causa tutti i neurologi ed infortunisti presenti. Il prof. DIEZ, di Roma, d'accordo in linea di massima con il relatore COSTEDOAT e con gli altri interlocutori, illustrò efficacemente il suo punto di vista: non esistere una

entità nosografica a sè stante che possa chiamarsi neurosi traumatica, ma esistere varie forme di neurosi non diverse da quelle dovute ad altre cause che compaiono dopo traumi ed in rapporto con essi. Nei risarcibili il quadro comune delle neurosi è inquinato dalla sinistrosi. Insistè sulla necessità di separare le forme post-commozionali dal quadro delle nevrastenie, in disaccordo, su questo punto, col relatore.

I congressisti si pronunziarono per la non risarcibilità delle sinistrosi pure, che definirono uno stato mentale, ma non malattia. I francesi, poi, con alla testa Crouzon, si domostrarono convinti della necessità di non indennizzare come esito permanente d'infortunio, la isteria post-traumatica, ma di sottoporre coloro che ne sono colpiti a trattamento terapeutico.

Il prof. LATTES illustrò brillantemente un argomento già da lui presentato alla discussione nel Congresso di Infortunistica tenutosi a Budapest 7 anni fà su « l'incapacità psichica e le anomalie del carattere in individui colpiti da traumi cranici ».

Anche sulla riparazione forfaitaria del danno di malattie professionali e da infortunio prese la parola il prof. DIEZ il quale fece un riassunto esegetico della legislazione italiana per la riparazione del danno derivante da rischio del lavoro, ricordando le parole di Luzzatti il quale disse che il regime forfaitario introdotto nella legislazione sociale giova più al datore di lavoro che al prestatore d'opera.

In complesso il Congresso riuscì di indubbia importanza pratica, e procedette ordinatissimo.

A sede di quello prossimo che avrà luogo nel 1937, fu scelta Parigi.

Ne fu proclamato presidente il prof. Crouzon, noto neurologo della Salpetrière e membro dell'Accademia di Medicina.

Alla carica di vice presidenti furono proclamati il prof. Diez di Roma ed il prof. De Laet di Bruxelles. Al primo fu dato incarico anche della trattazione d'un tema da stabilirsi.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 maggio 1935-XIII.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Sulla diagnosi di alcune forme di aneurismi intrapericardiaci dell'aorta.

Dott. L. GONZALES SABATHIÉ. — L'O. partendo dall'osservazione di due casi, espone i sintomi semeiologici e radiologici degli aneurismi intrapericardiaci dell'aorta, mettendo in evidenza i segni utili per la diagnosi differenziale tra aneurismi aortici a evoluzione sinistra e aneurismi dell'arteria polmonare. Ritiene giustificata e utile la distinzione fra forme superoesterne e inferoesterne. L'orientamento degli aneurismi inferiori è in rapporto con la sede del seno di Valsalva corrispondente.

Glicemia pre e post-operatoria.

Prof. V. JURA. — L'O. in numerosi pazienti operati per affezioni varie (appendiciti, ernie, laparocele, colecistiti, ulcere gastro-duodenali), ha studiato il comportamento della glicemia prima e nel periodo immediatamente successivo all'intervento, nei primi 10 giorni, seguendo il comportamento delle variazioni attraverso dosaggi ripetuti in giorni diversi.

In tutti gli ammalati presi in esame i valori della glicemia pre-operatoria si mantenevano in limiti normali, a volte tra le cifre più alte, a volte verso quelle più basse.

In seguito all'operazione si sono avute variazioni più o meno rilevabili secondo la natura della malattia e secondo condizioni varie dei pazienti.

In conclusione si può ritenere che in genere il trauma operatorio può apportare modificazioni della glicemia per quanto di lieve entità, nei primi giorni dopo l'operazione; ma al più tardi dopo 10 giorni si ha un ritorno alla norma. Soltanto quando si presentano in seguito all'atto operativo fenomeni di insufficienza epatica e di altri organismi si hanno aumenti del tasso glicemico, più duraturi di quelli, lievissimi, attribuibili al trauma.

Azotemia, cloruremia e riserva alcalina prima e dopo intervento sull'addome.

Prof. V. JURA. — L'O. ha studiato il comportamento dell'azotemia, cloruremia e riserva alcalina in 80 pazienti operati sull'addome (ernie, appendiciti, colecistiti, fibromiomi, utero, ulcere gastriche o duodenali, epitelioma del retto). Le curve dei valori nel periodo post-operatorio furono vagliate praticando il dosaggio di tali elementi del sangue circolante nei primi 10-15 giorni dopo l'operazione ripetutamente.

In tutti fu dosata l'azotemia, la quale dopo l'operazione dimostrò aumento più o meno marcato nei confronti dei valori pre-operatori: aumenti che erano in genere maggiori al 2° giorno e andavano rapidamente diminuendo e ritornando al normale dopo 6-8 giorni al più tardi, quando non esistevano altre condizioni morbose. Nei casi nei quali si dosò contemporaneamente anche la cloruremia quando il decorso post-operatorio era normale corrispondeva perfettamente all'innalzamento dell'azotemia un abbassamento della cloruremia. Nei casi nei quali si presentò paresi intestinale o vomito si notò che spesso già prima dell'intervento i valori azotemici tendevano alle cifre più alte normali od erano già alti; ma la cloruremia pre-operatoria o era normale o presentava scarsa diminuzione.

In tali casi dopo l'intervento mentre l'azotemia si innalzava costantemente, la cloruremia si abbassava, ma non sempre con la stessa intensità dell'innalzamento azotemico; più o meno spesso indipendentemente dalla azotemia.

La riserva alcalina prima dell'operazione normale nelle appendiciti, alta nelle colecistiti in ambedue le affezioni si abbassò. Solo in un caso di calcolosi del coledoco operato di coledoco-duodenostomia era normale prima dell'operazione, aumentò dopo l'operazione.

Nei casi di ernia era normale prima dell'operazione, si innalzò dopo l'intervento.

Nelle ulcere gastriche o duodenali la riserva alcalina inferiore alla normale prima dell'operazione si innalzò dopo l'intervento.

In genere le variazioni post-operatorie dell'alcalosi post-operatoria pare siano più durature di quelle che non si abbiano nella azotemia o nella cloruremia.

Cloruremia, alcalosi, acidità gastrica.

Prof. V. JURA. — L'O. studiando in 55 pazienti di affezioni ulcerative gastro-duodenali, tra i quali tre soltanto con tumori, ha ricercato il comportamento della cloremia ed alcalosi nei rapporti con l'acidità gastrica prima e dopo l'operazione.

Da tali ricerche risulta che, prendendo specialmente in considerazione cloro plasmatico e globulare, in quasi tutti i pazienti di ulcera gastrica e duodenale i valori del cloro o sono poco al disotto del normale o si aggirano intorno alla cifra più bassa dei valori normali. Si trovano valori più bassi sopratutto se il paziente ha notevole ipercloridria e ha presentato vomito specialmente acquoso acido.

Nei dosaggi effettuati per lo più dopo il 10° giorno dall'operazione, ripetendolo possibilmente, e come è stato quasi sempre praticato per due volte ancora a distanza di tre giorni uno dall'altro, si dimostrò un aumento costante della cloremia nei confronti coi valori preoperatori. I valori si stabilizzavano attraverso una curva ascendente, la quale era più pronunciata nei primi giorni in rapporto al cloro plasmatico ed un tale comportamento è seguito nei giorni successivi dal cloro globulare.

Un comportamento del tutto analogo si ha per la riserva alcalina, la quale anche essa a distanza dall'operazione si stabilizza sui valori fisiologici alti, mentre prima l'operazione o era poco al disotto del normale o normale con cifre basse.

Discussione: prof. EGIDI.

Linfogranulomatosi addominale (osservazione clinica).

Prof. E. TRENTI. — L'O. descrive un caso clinico di linfogranuloma maligno a localizzazione nelle ghiandole mesenteriche ed in quelle latero-cervicali e sopraclavicolari destre senza compartecipazione delle altre ghiandole superficiali ed interne, senza alterazioni del fegato e della milza, senza modificazioni del sangue, senza prurito o sudori, con scarse e modiche elevazioni febbrili.

La diagnosi fu resa possibile mediante l'esame istologico di una ghiandola del collo. La Roentgenterapia portò ad un rapido miglioramento ed alla scomparsa di ogni sintomo. La guarigione temporanea ottenuta perdura da circa tre anni. Degno di nota è il fatto che si tratta di un malato di 65 anni.

L'operazione radicale per l'orecchio medio per la via del condotto uditivo.

Prof. G. FERRERI. — L'O., esaminati rapidamente i metodi classici di operazione radicale per via retroauricolare transmastoidea (metodi di Schwartze, di Stache, di Wolf), riferisce come oggidì abbiamo a disposizione per questa operazione la via attraverso il condotto uditivo esterno. Tale idea fu preconizzata da Hoffmann nel 1892, studiata dai fratelli Thiess nel 1912, attuata da Guns e Van den Wildenberg nel 1927-28 e contemporaneamente da Von Heyckeu e Lemper modificata poi da Herrmann (1930).

Esamina quindi le alterazioni apportate dalle otiti medie purulente croniche sul tessuto osseo mastoideo; dopo di che dettene le indicazioni passa alla descrizione della tecnica operatoria di Guns-Lempert dall'autore lievemente modificata.

Considerati infine il decorso post-operatorio e gli eventuali incidenti possibili durante l'operazione conclude con l'esame dei vantaggi notevolissimi che questo tipo di operazione, come l'O. ha visto nei 18 casi di lui operati in quest'ultimo anno, ha di fronte all'operazione radicale con il metodo classico retroauricolare.

Discussione: prof. EGIDI.

Contributo alla ricostruzione plastica totale dell'esofago.

Prof. G. EGIDI. — L'O. illustra dettagliatamente un caso di ricostruzione plastica totale dell'esofago, valendosi anche di proiezioni, e presentando l'operata. *Il Segretario*: G. AMANTEA.

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 25 maggio 1935.

Presidente: Sen. Prof. G. PASCALE.

Orecchio medio e infezioni focali.

BRUZZI B. — Richiamato il principio fondamentale dei rapporti che intercorrono fra un focolaio infiammatorio ed una manifestazione morbosa a distanza (infezioni focali di Billing) l'O. ricorda i punti capitali sui quali è basata la concezione delle infezioni focali. Accenna alla localizzazione dei diversi *foci* e sopratutto a quelli che risiedono nelle prime vie aeree. Sostiene però che anche l'orecchio medio deve essere considerato nelle sue diverse forme infettive quale *focus* che possa provocare aspetti clinici diversi sia che essi assumano i caratteri di una infezione generale, sia di una infezione localizzata ai diversi apparati. Dopo aver riferito di alcuni casi di infezioni focali di origine otitica l'O. conclude affermando che dalle osservazioni cliniche e dalle ricerche di laboratorio si può dedurre che anche l'otite può dare delle complicazioni a distanza le più varie, con recettività in speciali apparati, e cioè complicazioni renali, polmonari, osteomielitiche, gastrointestinali, oltre a setticemie generalizzate.

Granuloma ulceroso tropicale.

DE AMICIS A. — L'O. illustra, con la presentazione dell'infermo, un caso di granuloma ulceroso perigenitale, studiato dal lato clinico, istopatologico e batteriologico, riferendo che è il primo caso registrato in Italia e il settimo in Europa di questa forma morbosa che si riscontra quasi esclusivamente nell'America del Sud, nella nuova Guinea, nelle Indie e nell'Africa centrale.

Esposta la difficoltà della diagnosi clinica, specialmente per la differenziazione con una lesione luetica e con le lesioni ulcerose da streptobacillo del Ducrey, l'O. dimostra, con la presentazione di numerose microfotografie, come essa sia stata confermata dal reperto istopatologico e dall'esame batterioscopico, che ha fatto riscontrare la presenza dei caratteristici corpi del Donovan, *Calymmatobacterium granulomatosis*, ritenuto da molti l'agente patogeno del granuloma ulceroso. La diagnosi è stata anche confermata dalla terapia, essendo l'affezione entrata in via di guarigione, solo dopo l'uso di un preparato di antimonio (neostibosan). L'O. si sofferma sulle varie considerazioni che risultano interessanti dall'osservazione di questo primo caso osservato in Italia, in un individuo che non si è mai mosso dall'Italia e che non ha avuto rapporti con altri infermi presumibilmente affetti dallo stesso morbo.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 5 aprile 1935.

Presidente: Prof. V. TIRELLI.

Automatismo psichico dissociativo di natura isterica.

BURZIO. — L'O. riferisce un caso osservato e studiato ed espone altri casi consimili pubblicati nella letteratura medica.

Trasmissibilità ereditaria dei disegni delle papille digitali.

TIRELLI. — L'O. espone schematicamente la classificazione del Gasti, nella quale sono comprese tutte le possibilità dei disegni dattilografici, in dieci tipi e che si presta molto bene alla soluzione dei problemi pratici relativi all'identificazione personale.

L'O. nelle sue ricerche si è attenuto soltanto ai 4 tipi fondamentali della predetta classificazione: 1) forma ad arco; 2) forma ad ansa radiale; 3) forma ad ansa ulnare; 4) forma chiusa in generale. Ha raccolto circa un migliaio di dattilogrammi.

L'O. dalle ricerche fatte nella letteratura afferma che nessun autore ha mai notato la trasmissione di identità di disegni e che invece appare possibile il trapasso di una « grande uniformità di tipi », ma solo in certi casi, oltre al trapasso famigliare di alcun che da determinarsi ancora come attitudine « a capacità di speciali reazioni o a trasmissione parziale di tipi in casi estremi ».

Dallo studio di dattilogrammi di una famiglia, e dal conforto di altri esami consimili, l'O. crede di poter ricavare una « norma » nel senso della possibilità di utile applicazione delle leggi mendeliane alla trasmissibilità famigliare di certi complessi dattiloscopici, e che tali risultati sono praticamente inapplicabili a possibili problemi medicolegali.

Perchè la terapia con le onde corte deve essere chiamata Marconiterapia.

MARAGLIANO V. — L'O. fatta una rapida cronistoria sulle onde corte afferma che i perfezionamenti dell'alta frequenza in medicina furono possibili solo perchè si trasportarono nel campo medico le conquiste tecniche della radiotelegrafia del nostro Marconi.

Seduta del 12 aprile 1935.

Presidente: Prof. V. TIRELLI.

LEVI G. — *Il substrato morfologico della senescenza fisiologica degli organismi.*

Le trasformazioni senili della muscolatura striata.

BUCCIANTE e LURIA. — Gli OO. hanno scelto come materiale di studio da un lato un muscolo che può considerarsi sottratto alle differenze individuali di allenamento e dall'altro un muscolo soggetto a tali differenze. Nel primo scelsero il m. retto superiore dell'occhio, nel secondo lo sternocleidomastoideo.

Nei muscoli oculari le modificazioni sono più vistose. Le fibre elastiche con l'età si notano in un progressivo notevole aumento sino a formare nei ventri delle reti e dei plessi complicati attorno ad ogni singola fibra muscolare.

Le fibre collagene interstiziali hanno, in rapporto all'età, un notevole incremento esclusivamente a carico dei setti connettivi, che circondano le singole fibre muscolari, mentre non appaiono differenze sensibili nello spessore dei setti connettivi interfascicolari.

Le fibre reticolari del sarcolemma sono immodificate di numero ed aspetto in ogni età.

La modificazione del decorso delle miofibrille si inizia nel secondo decennio di vita con una leggera obliquità di esse in poche fibre, procede con l'età: esse si attorcigliano in modo sempre più complicato; in età avanzata le fibre più profondamente modificate vanno incontro a processi regressivi.

Nell'età più avanzata gli OO. hanno trovato un aumento del calibro medio ed una deposizione di pigmento melanico in seno alle fibre.

Nel muscolo sterno-cleidomastoideo le fibre elastiche e quelle collagene, specie le prime, sono in quantità notevolmente minore che nei mm. oculari; anche qui esse subiscono con l'età un progressivo aumento, il reticolo sarcolemmatico resta immutato nelle varie età; mancano le modifiche del decorso delle miofibrille.

Il medesimo comportamento presentano i mm. genioglosso ed i mm. estrinseci della laringe.

Le trasformazioni della struttura delle ossa e della cartilagine dell'uomo nelle varie età.

AMPRIMO e BAIRATI. — Gli OO. dall'esame di un vasto materiale umano di varia età hanno tratto la convinzione che i processi di accrescimento in questi due tessuti si svolgono secondo due modalità e continuano fino all'età più inoltrata. I processi regressivi sono strettamente connessi con i fenomeni di accrescimento, i quali a tarda età assumono probabilmente un particolare significato. Le modifcazioni che questi elementi scheletrici subiscono con l'età possono in parte essere considerati come fenomeni di adattamento agli stimoli meccanici a cui vengono per tutta la vita sottoposti.

Le trasformazioni del tegumento dell'uomo nell'accrescimento e nella senescenza.

CERESA F. — L'O. ha preso in considerazione, in un gran numero di casi la cute di tre regioni: geniena, plantare del piede e sternale.

Nella cute della regione geniena sono sopratutto evidenti i processi regressivi della elasticità e del collagene.

Nella cute della pianta del piede ed in quella della regione sternale si assiste invece ad un graduale incremento delle fibre collagene ed elastiche fino a tarda età. A tale incremento l'O. attribuisce il significato di un fenomeno compensatorio.

Da misurazioni eseguite sulla cute della regione geniena, l'O. non ha rilevato una diminuzione di spessore dello strato epidermico a tarda età.

G. VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 19 luglio 1935.

Presidente: prof. T. TERNI.

Prof. G. GUERRINI. — *Azione dei fotocatalizzatori sulla fermentazione del lattosio determinata dal B. Coli.*

Prof. L. ROBUSCHI. — *Azione delle sostanze fotodinamiche sulle ossidasi dei leucociti.*

Dott. P. CARNIELLI. — *Azione dei raggi ultravioletti sulle ossidasi leucocitarie.*

Prof. L. ROBUSCHI. — *Azione delle sostanze anticoagulanti in vivo.*

Dott. A. GIROTTO. — *Trasfusione con sangue formolizzato in animali anemizzati con acetilfenilidrazina.*

Tasso glicemico e tasso ureico negli encefalitici in cura bulgura.

Dott. AMBOSETTO. — L'O. ha determinato il tasso glicemico con il metodo di Folin-Wu ed il tasso ureico con l'ureometro di Ambard, nel sangue di encefalitici cronici sottoposti a cura bulgara. Conferma l'esistenza di una modesta iperglicemia (da 1,05 a 1,4 per mille) nella quasi totalità degli encefalitici esaminati, iperglicemia non modificabile in modo sensibile con la cura. L'azotemia non ha mai presentato variazioni notevoli dalla norma, pur notandosi una tendenza a valori superiori al 0,30 per mille, e non ha superato che di poco il 0,40 per mille soltanto negli individui più anziani.

Il metabolismo basale negli encefalitici cronici in trattamento bulgaro.

Dott. C. AMBROSETTO. — L'O., che ha determinato con un comune spirometro il consumo di ossigeno in un numero elevato di encefalitici cronici sottoposti a cura bulgara, rileva un sensibile aumento del metabolismo basale nei portatori di grave rigidità ed intenso tremore ed una discesa verso la norma con l'attenzione della sintomatologia extrapiramidale per effetto della cura. L'argomento merita un'ulteriore ed approfondita trattazione anche perchè su di esso è stata recentemente richiamata l'attenzione da parte di AA. americani (Rijerson e Berlin) che affermano di aver ottenuto effetti favorevoli sulla sintomatologia parkinsoniana diminuendo il metabolismo mediante tiroidectomia.

Osservazioni psichiatriche a proposito di encefalitici cronici in cura bulgara.

Prof. G. BELLONI. — Se il parkinsonismo postencefalitico con gli attributi a tutti noti della rigidità, del tremore, dei disordini neuro-vegetativi, sembra dominare la sintomatologia dell'encefalite epidemica cronica imprimendole nella quasi totalità dei casi una fisonomia prettamente neurologica, in realtà in questa malattia entra sempre un fattore psichico che perfino partecipa alla composizione di alcuni fenomeni neurologici. Sia o no « funzionale », questo fattore si esprime con note che ricordano molto da vicino l'isterismo.

La suggestionabilità che esiste nella generalità degli encefalitici cronici, da un lato interferisce in senso favorevole sulla curabilità di alcuni disturbi, dall'altro rende meno sicuro il giudizio sulla specifica efficacia di un trattamento medicamentoso. Questa condizione di suggestionabilità viene dall'O. invocata a spiegare gli effetti meno favorevoli ottenuti con il decotto bulgaro in alcuni malati dell'Ospedale psichiatrico, simili per sintomatologia a quelli del reparto Regina Elena, ma deliberatamente sottoposti alla cura senza alcuna preparazione di ordine psicologico.

Con l'azione della cura sui disturbi psichici veri e propri, distinti in disturbi di tipo ossessivo e disturbi del carattere e degli istinti, l'O. ha potuto osservare che i fatti ossessivi sono modestamente influenzati, parallelamente alla minore azione della cura sui fenomeni di ordine nevrologico che li accompagna (crisi oculogire, spasmi, tics, palilalia), e senza effetto la riscontrò in due casi di pervertimento del carattere e degli istinti. Il fenomeno psichico che appare notevolmente influenzato dalla cura è la « bradifrenia », alla quale però, secondo l'O., partecipano in misura notevole i disturbi motori extrapiramidali ostacolanti la fase eiettiva dell'atto mentale.

I disturbi del sonno legati all'azione della droga, vanno dall'insonnia più o meno transitoria ed agitata, fino a veri e propri stati onirici con insorgenza di qualche disturbo psicosensoriale e con susseguente amnesia. Essi compaiono a distanza di 2 o 3 ore dalla somministrazione serale del decotto e sono in generale poco molesti per i pazienti, nè rappresentano una controindicazione al proseguimento della cura potendo anzi attenuarsi e scomparire con il crescere delle dosi.

Azione del decotto bulgaro sulla catatonia umana e sperimentale.

Prof. G. BELLONI e dott. R. BOZZI. — Mentre la catatonia umana risulta influenzata sopratutto nel componente rigidità, quella sperimentale lo è nel componente catalettico. La catatonia sperimentale del cane non è modificata dal decotto bulgaro; nella scimmia il fenomeno risulterebbe influenzato dalle dosi medie, non modificato dalle piccole, prolungato dalle dosi alte.

Osservazioni sul comportamento del sistema neuro-vegetativo negli encefalitici in cura bulgara.

Dott. R. BOZZI. — Le prove farmacologiche eseguite prima della cura hanno fatto rilevare una distonia neuro-vegetativa a prevalenza vagale, con differente eccitabilità di detto sistema nelle varie sezioni; a cura avanzata una distonia neuro-vegetativa a prevalenza simpatica tonica. Hanno fatto rilevare inoltre la facile insorgenza di crisi neurovegetative, ciò che deve porre in guardia sull'uso dei farmaci ad azione elettiva sul vago e sul simpatico e controindica l'impiego a cura avanzata delle sostanze simpaticotrope (adrenalina).

Su di un nuovo metodo per il dosaggio biologico degli alcaloidi atropinici.

Dott. C. TRABUCCHI. — L'O. spiega l'insufficenza dei metodi di determinazione chimica degli alcaloidi atropinici che danno solo il contenuto totale e non le diverse concentrazioni dei singoli alcaloidi. Egli espone quindi un metodo di dosaggio biologico basato sullo studio dell'antagonismo della soluzione alcaloidea in esame verso l'acetilcolina, attraverso le variazioni prodotte sul cuore isolato di rana.

Osservazioni sul contenuto in alcaloidi del decotto bulgaro (dosaggio chimico e biologico).

Dott. C. TRABUCCHI. — L'O. ha studiato il contenuto in alcaloidi totali del decotto bulgaro, trovando cospicue variazioni della loro concentrazione nei singoli decotti. Attraverso il dosaggio biologico, l'O. ha potuto vedere come, a parità di concentrazione di alcaloidi, il decotto bulgaro sia biologicamente molto più attivo (spesso più del doppio) del solfato di atropina.

Il Segretario: Dott. GIOVANNI AUSTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA

Aspetti clinici della vertigine.

La vertigine auricolare ha dei caratteri che permettono di distinguerla con facilità e sicurezza: si accompagna a ronzii e sordità; i pazienti presentano attacchi di vertigine rotatoria con tendenza a cadere verso il lato dell'orecchio sordo; il nistagmo è presente durante l'attacco, mentre è assente in genere nei periodi intervallari. L'insufflazione di aria fredda provoca fine nistagmo rotatorio, dilatazione pupillare e vertigine. La diagnosi è confermata dalla presenza di una lesione (unilaterale) dell'orecchio. E. D. D. Davis (*Brit. Med. Journ.* 6 luglio 1935) classifica 100 casi di vertigine secondo la loro etiologia clinica e ne discute la patologia: come cause più frequenti appaiono in questa statistica le suppurazioni croniche (15), le sclerosi secondarie e le suppurazioni guarite (18), l'otosclerosi (15), le suppurazioni acute o le esacerbazioni di una suppurazione cronica (8), oppure sono sconosciute, sindrome di Ménière (19). In nessun caso v'era ipertensione; in qualcuno ipotensione. La puntura lombare ha dato risultati negativi. Alla maggioranza dei casi è stato applicato un trattamento palliativo. L'intervento sulla mastoide in casi di suppurazione dell'orecchio ha dato buoni risultati. Le indicazioni dei rari interventi sul labirinto sono la certezza diagnostica che la vertigine ha le sue cause nell'orecchio, il fallimento del trattamento palliativo, la gravità e frequenza della vertigine. Siccome l'operazione distrugge l'udito, non viene eseguita se non v'è un considerevole grado di sordità. M. NUNBERG.

CASISTICA E TERAPIA.

L'uroeritrina.

Il colore del deposito urinario chiamato sedimento laterizio è dato dalla uroeritrina, che si trova nell'urina in soluzione colloidale e che viene precipitata dall'acido urico, quando la reazione è acida, o per raffreddamento. Tale sostanza non si è ancora ottenuta allo stato cristallino.

Dopo acidificazione, la si può estrarre dall'urina mediante l'alcool amilico, che estrae anche l'urobilina, l'urobilinogeno, la coproporfirina e la bilirubina. Tali corpi si possono allontanare mediante l'acido fosforico diluito.

Con questi procedimenti, M. Weiss (*Deut. Archiv. f. klin. Medizin*, vol. 177 n. 2 e *Presse médicale*, 22 giugno 1935) ha ottenuto l'uroeritrina allo stato abbastanza puro in modo da determinarne la composizione centesimale, che è la seguente: C. 20,80; H. 4,56; N. 16,90; Ceneri 17,70.

Una soluzione pura presenta un colore rosso arancio e lo spettro dà una banda male delimitata, che va da 525 a 540 μμ ed un'altra verso il turchino fra 500 e 490. Tale sostanza è di difficile dosamento mediante la spettrometria.

Si tratta di una sostanza che ha origine dal metabolismo endogeno. Finora, la sua esistenza nel siero sanguigno non è mai stata dimostrata con certezza, ma è probabile che vi si trovi. Sicuramente, invece, non esiste nella bile. Essa, come l'urobilina, aumenta un poco nelle affezioni cardio-polmonari, nei disturbi circolatori, nella stasi biliare, nei processi infiammatori o distruttivi del fegato. Si potrebbe pertanto ammettere che il fegato abbia una certa importanza centrale per l'uroeritrina, come per l'urobilina. Però, mentre quest'ultima arriva al fegato con la vena porta, la prima vi arriverebbe con l'arteria epatica e vi sarebbe in gran parte distrutta. In caso d'insufficiente funzionamento epatico, ne arriverebbe una certa proporzione nei reni che la eliminerebbero mediante l'urina. Ad ogni modo, è nell'ittero meccanico recente e nella cirrosi epatica che la concentrazione dell'uroeritrina raggiunge il massimo, fino ad 80 mg. al giorno. In caso di ittero prolungato, la proporzione, dapprima elevata, tende a diminuire.

Le nostre conoscenze ancora imperfette in argomento non ci permettono di mettere in rapporto la produzione dell'uroeritrina con un dato processo del metabolismo; trattasi di un fenomeno fisiologico, che ci è del tutto sconosciuto. *fil.*

La terapia preventiva dell'urolitiasi ricorrente.

In certi individui, si ha una spiccata tendenza al riformarsi dei calcoli. Come prima misura per la loro prevenzione, L. D. Keyser (*Journ. amer. med. assoc.*, 13 aprile 1935) consiglia l'asportazione di quelli esistenti, sia mediante misura chirurgica o con la cistoscopia. Nell'intervento chirurgico, si dovrà stare attenti a non esporre nella corrente urinaria del materiale di sutura e si assicurerà un buon drenaggio urinario. Nella pionefrosi calcolosa infetta, è consigliabile la nefrostomia.

È necessaria un accurata analisi dei calcoli, che sia possibilmente anche quantitativa; il metabolismo del paziente va regolato in conseguenza. Ad intervalli di 6 mesi, si faranno radiografie e dosamenti dell'uricemia come pure del calcio e del fosforo del siero. In caso di sospetto di iperparatiroidismo, si faranno anche radiografie delle ossa.

Secondo i risultati delle analisi dei calcoli,

si regolerà la dieta per quanto riguarda le purine gli ossalati ed il fosforo; in generale, è consigliabile un largo uso di vitamina A, fornita sia per mezzo di preparati, sia con la dieta.

Si faranno tutti gli sforzi per ridurre al minimo le infezioni, sebbene la parte delle infezioni focali non sia ben chiara. Ad ogni modo, è necessario l'esame batteriologico delle urine. Di grande importanza è l'impedire l'urostasi, per cui sarà molto utile la dilatazione degli ureteri. Gli antisettici possono giovare, specialmente l'urotropina e preparati analoghi, se il pH dell'urina è sotto 5,6. In qualche caso, sono stati tentati con successo gli arsenobenzoli.

Importante è lo spostare la reazione dell'urina, dal lato opposto a quello esistente: acidificazione, quindi, in caso di calcoli di ossalati, fosfati e carbonati, alcalinizzazione se si tratta di urati o di cistina. La reazione deve essere espressa in pH. La concentrazione idrogeno-jonica urinaria è un fattore di grande importanza per mantenere in soluzione i colloidi urinari. È noto che le urine acide sono limpide e che quelle alcaline soto torbide per fosfati o carbonati. Ogni costituente chimico dei calcoli ha il suo posto ideale nella serie delle concentrazioni idrogenjoniche per la precipitazione. Per mantenere un'intensa acidità, si useranno il nitrato ed il cloruro d'ammonio, l'acqua regia diluita ed una dieta chetogenica od a ceneri acide, in modo da portare il pH sotto 5, sicchè esso subisca scarsa influenza dall'ondata alcalina del mattino e da quella dopo i pasti. La dieta chetogenica ha anche il vantaggio di agire come antisettico in caso di bacilluria; in parecchi casi, essa agisce quasi da specifico, unita ai medicamenti acidificanti e spinta fino al punto della tolleranza gastrointestinale; in tali condizioni, si ha anche la possibilità di sciogliere i materiali cristallini. Le infezioni cocciche sono le più resistenti. In qualche caso, gli arsenobenzoli per via endovenosa hanno dato risultati brillanti.

fil.

La nicturia nell'ulcera gastrica.

La differente quantità di urina eliminata di giorno o di notte non dipende dal riposo o dalla restrizione dei liquidi ingeriti, ma da un particolare ritmo, regolato a sua volta da processi ormonici. Oltre che nelle malattie renali e cardiache, l'inversione del ritmo urinario si può avere nella sifilide cerebrale, nella narcolessia, nell'epilessia.

In seguito ad un'osservazione accidentale, A. Jores e H. Beck (*Klinische Wochens.*, 13 aprile 1935) hanno studiato il ritmo dell'eliminazione urinaria negli individui con ulceri gastro-duodenali, trovando la nicturia in 22 su 31; in 7, la quantità notturna di urina corrispondeva ai due terzi di quella totale delle 24 ore, mentre soltanto in 2 il ritmo eliminatorio era normale.

Secondo i detti AA., nicturia ed ulcera gastrica sono due distinte manifestazioni di un disturbo nel sistema ipofiso-diencefalico. È bene ricordare, a tale proposito, l'osservazione di Cushing di ulcere intestinali in casi di tumori cerebrali e lo sviluppo di ulcere gastriche in animali da esperimento, in seguito ad iniezioni di grandi dosi di estratti ipofisari.

fil.

Digestione nei malati portatori di lesioni cardiache secondo i regimi alimentari.

Levitan ed Alexeief-Berkmann, di Leningrado (*Archiv. des malad. de l'appar. digest.*, 1935, n. 2) hanno messo in evidenza che la digestione e lo stato dell'apparecchio digestivo sono sottoposti ad alcune regole, dipendenti dalle modificazioni funzionali del sistema cardio vascolare. Sono stati studiati 43 casi (operai delle officine Marx e Staline, di età dai 20 ai 40 anni; lavoranti in officine a basse ed alte temperature, che dopo il loro lavoro ricoveravano nella Clinica dell'Istituto scientifico di alimentazione pubblica). Il regime era severamente controllato: un altro gruppo di soggetti egualmente studiato era immune da lesioni cardiache. In un primo periodo furono tenuti a regime comune, poi a regime albuminoso, per trenta giorni, poi a regime idrocarbonato per altri trenta giorni.

Secondo le ricerche del Grünbaum e Altschuler di Mosca le esperienze sugli animali provano che la flora intestinale si organizza, dopo un certo regime, in 16-18 giorni. I casi sono stati distinti in due gruppi, a seconda la dinamica (sani, compensati, scompensati) e seconda la diagnosi. Come schema per l'esame del contenuto gastrico fu adottato lo schema del Leporski. Le conclusioni cui sono giunti gli AA. sono le seguenti:

Nei malati colpiti da lesioni cardiache di origine reumatica con disturbi del sistema cardiovascolare sono evidenti disturbi della funzione dell'apparato digestivo. I disturbi si manifestano sotto forma di gastrite cronica con modificazioni dell'acidità, della secrezione, dell'evacuazione gastrica, con stato catarrale dell'intestino tenue e colite cronica. Nei soggetti con lesioni cardiache compensate si osserva una ipoacidità nel 50 % dei casi, con ipersecrezione ed evacuazione accelerata; nel 50 % dei casi una gastrite cronica.

Nei soggetti portatori di una lesione cardiaca scompensata in gradi diversi, in una maggioranza schiacciante si osserva (87 %) ipoacidità nello stesso tempo di una ipersecrezione con evacuazione nettamente rallentata e fenomeni di gastrite cronica.

Nei soggetti con lesioni mitraliche ed aor-

tiche si osserva una ipoacidità netta con secrezione normale o ipersecrezione, in uno con evacuazione normale od accelerata.

L'esame delle feci nei differenti regimi alimentari svela nel 49 % dei casi, grassi non assimilati in grande quantità il che indica una rapida evacuazione ed uno stato catarrale dell'intestino tenue.

Nei soggetti con lesioni cardiache scompensate, questi fenomeni sono stati constatati nel 60 % dei casi.

Nell'80 % dei casi osservati sono state trovate delle coliti croniche, e nello stesso tempo nel 70 % dei casi elminti e protozoi. Secondo i dati coprologici, si può notare che nell'alimentazione a predominanza di idrocarbonati. la digestione e l'assimilazione erano migliori che nel regime a predominanza albuminoideo.

MONTELEONE.

La trombosi delle coronarie.

W. B. Cooksey (*Journ. amer. med. assoc.*, 8 giugno 1935) studia 53 casi di trombosi acuta delle coronarie, in cui si è avuta una mortalità del 39,6 % Dei 32 pazienti rimasti in vita, il 78,1 % ha ripreso le consuete occupazioni; uno di essi ha avuto l'accesso 13 anni fa, altri 10 lo hanno avuto da 6 anni. L'elettrocardiogramma è positivo per la malattia delle coronarie nel 90 % di tali casi.

La mortalità dei pazienti con occlusione delle coronarie, all'età di 60 anni ed oltre, è nettamente più alta che in quelli sotto i 60.

In complesso, da questo studio, risulta che è giustificata una prognosi più favorevole di quanto generalmente si ammetta. Di grande importanza è un periodo sufficientemente lungo di convalescenza, che deve durare per parecchie settimane, con adatte restrizioni dell'attività durante un intiero anno consecutivo all'attacco acuto di occlusione.

fil.

Su un caso di peritonite essudativa in corso d'infezione melitense.

Le infezioni melitensi che si accompagnano a manifestazioni peritoneali, costituiscono una rarità; i casi finora descritti si sono sempre mostrati accompagnati a manifestazioni pleuriche tanto da lasciare il dubbio se non si trattasse invece di una delle solite banali polisierositi specifiche sia pure insorte nel corso di una melitense.

Interessante è il caso riferito da P. Parenti (*Rivista di Clinica Medica*, 15-30 marzo 1935).

G. L., a. 36, entrata in Clinica il 24-2-1933. Anamnesi familiare e personale: nulla di notevole. Ammalò alla metà di dicembre 1932 con senso di debolezza e vampate di calore alle estremità ed alla nuca che svanivano dopo abbondante sudore. Verso la fine del gennaio 1933 cominciò a notare senso di peso all'addome e si accorse che questo aumentava di volume. Da allora notò progressivo dimagramento.

E. O.: condizioni generali scadenti, pallore delle mucose, pannicolo adiposo scarso. Modica tosse senza espettorato; lievi fatti catarrali alle basi. Primo tono cardiaco seguito da leggero soffio dolce non diffusibile all'ascella nè verso l'epigastrio. Addome aumentato di volume, globoso, con ottusità a contorno circolare giungente in alto a tre dita sotto la cicatrice ombellicale, mobile nei cambiamenti di posizione. Fegato debordante due dita, duro, ma regolare e indolente. Milza debordante due dita, dura e indolente.

Puntura esplorativa addominale: liquido di aspetto nettamente ematico con i seguenti caratteri: albumina 28 ‰; Rivalta positiva; densità 1013; nel sedimento: numerosissime emazie, linfociti 85 %, pol. neutrofili 15 %. Agglutinazioni praticate sul liquido ascitico positive per il micrococco di Bruce.

Decorso: La p. dal giorno del suo ingresso in Clinica ebbe movimento febbrile moderato: solo raramente furono sorpassati i 39°. Le elevazioni termiche erano precedute da brividi di freddo e seguite da sudore. Dopo che fu istituita una cura a base di vaccino antimelitense per via endovenosa la febbre andò diminuendo ed anche il volume dell'addome; le condizioni generali migliorarono progressivamente. La p. uscì guarita il 26-3-33.

L'A. fa seguire una completa e minuta analisi del caso clinico da lui osservato e giunge alla conclusione che non deve destare meraviglia il fatto che la febbre ondulante è capace di provocare una peritonite essudativa vera e propria sol che si pensi alle altre manifestazioni polmonari, meningee, pleuriche e articolari similtubercolari di origine brucellare.

Viene così ancora una volta confermato il concetto ben radicato ormai nella pratica corrente che l'infezione melitense può determinare una vera e propria pseudo-tubercolosi con tutte le manifestazioni cliniche e le complicazioni caratteristiche della infezione Kochiana.

VICENTINI.

Mastoidite silente.

G. D. Wolf (*Journ. of Am. Med. Assoc.*, 29 giugno 1935) richiama l'attenzione su di un tipo clinico di mastoidite, la cui migliore denominazione è forse quella di mastoidite silente, a causa della mancanza di manifestazioni cliniche evidenti in presenza di un processo patologico progressivo: questa condizione è importante poichè è relativamente comune, spesso produce seri danni all'apparato uditivo e può anche essere causa di morte per compli-

cazioni intracraniche o sistemiche. La mastoidectomia è il trattamento più razionale e conservativo: l'operazione, eseguita da un competente è senza pericoli e praticamente senza mortalità: dovrebbe quindi essere preferita ad una invalidità cronica ed a possibili complicazioni pericolose. La cefalea durante il decorso di un'infezione dell'orecchio dovrebbe essere considerata come un precoce avvertimento contro la procrastinazione di una terapia chirurgica adeguata. L'A. riferisce anche qualche caso, che illustra l'aspetto clinico della mastoidite silente, i problemi diagnostici che essa può presentare ed i provvedimenti terapeutici necessari per ottenere risultati soddisfacenti.

M. NUNBERG.

Intossicazione da acetanilide.

S. Payne (*Journ. pharmac. a. exper. ther.*, aprile 1935) studia parecchi casi di intossicazione da acetanilide (antifebbrina). Nella maggior parte, i sintomi erano insidiosi e si stabilirono dopo parecchi anni di uso del medicamento (per lo più contenuto in preparati di specialità). La sottrazione immediata del medicamento è seguìta da inquietudine ed eccitamento che durano 3-4 giorni, il che dimostra che l'acetanilide appartiene alle droghe per cui (come per la morfina) si stabilisce l'abitudine. In tali casi, la somministrazione di un po' di acetanilide ha un buon effetto; così accadde in un caso in cui bastarono 30 cg. per calmare dei sintomi quasi maniaci, che non si erano modificati nè con la morfina, nè con i barbiturici.

In tutti i casi, si osservò cianosi, scomparsa od attenuantesi rapidamente con la sottrazione della droga. Frequente la tachicardia, ma senza segni di deficienza cardiaca, osservata in un caso solo e scomparsa con la sottrazione del medicamento.

Molto variabile il reperto numerico delle emazie. Spesso, l'anemia era associata con debolezza generale; in molti casi con cianosi estrema, dispnea e debolezza, si aveva un numero normale di emazie.

Poichè, in molti casi, i sintomi di intossicazione da acetanilide erano oscurati o complicati da quelli dovuti ai bromuri contenuti nei vari preparati, l'A. ha fatto esperimenti sui cani, con la sola acetanilide, osservando subito un'anemia; con la somministrazione prolungata, si aveva un aumento di tolleranza. Subito dopo l'ingestione si aveva una metaemoglobinemia transitoria ed aumento di fenolo nel sangue. Durante la metaemoglobinemia, si aveva diminuzione della capacità per l'ossigeno e sintomi di anossiemia. Nessuna azione patologica sul cuore.

fil.

Risultati della somministrazione di chinino prima del parto.

Cinque anni fa D. A. Mitchell pubblicò sul *Brit. Med. Journ.* un articolo intitolato « L'uso del chinino nel parto normale »: il metodo seguito è del dott. Jones e consiste nella somministrazione di un sale di chinino a piccole dosi per un periodo di due o tre settimane prima della data presunta del parto. Alla luce dell'esperienza di questi ultimi anni il Mitchell unitamente a H. N. Bradbrooke ritorna sull'argomento (*Brit. Med. Journ.*, 3 agosto 1935), confermando le precedenti osservazioni.

1. Le condizioni generali delle pazienti migliorano.

2. Il parto è più facile e più breve: il primo periodo del parto decorre senza dolori.

3. La retrazione dell'utero è uniforme e buona.

4. Non v'è tendenza: *a*) al parto prematuro; *b*) al parto precipitoso; *c*) alla ritenzione della placenta; *d*) alle lacerazioni perineali; *e*) ai dolori consecutivi.

Rappresentano una controindicazione all'uso del chinino l'albuminuria, il bacino appiattito, i casi in cui sia desiderabile un parto lento.

Il metodo non ha nulla a che fare con la somministrazione di chinino in dosi assai maggiori per la deliberata provocazione del parto. Il chinino agisce aumentando il tono delle fibre muscolari uterine: quest'azione tonica è sviluppata da dosi relativamente piccole, mentre dosi maggiori possono anche produrre uno stato di inerzia uterina.

* * *

P. J. Gammer (*Brit. Med. Journ.*, 3 agosto 1935) ha somministrato piccole dosi giornaliere di chinino negli ultimi tempi della gravidanza in 50 primipare normali, con controlli. L'osservazione dei casi mette in evidenza alcuni fatti salienti.

1. La tendenza al parto prematuro è piuttosto diminuita dalla somministrazione di chinino prima del parto.

2. Il primo ed il secondo periodo del parto sono accelerati, senza danno per la madre e per il neonato. L'inerzia non è completamente abolita.

3. L'assenza di casi di ritenzione di placenta o di gravi emorragie post-partum in ambedue le serie non permette di decidere se l'incidenza di queste condizioni sia o meno ridotta. Tenendo presente l'accresciuta attività del muscolo uterino durante il primo ed il secondo stadio, sarebbe da attendersi un simile aumento anche nel terzo stadio.

4. Non è dimostrabile alcuna influenza diretta sull'involuzione e sul puerperio. Sarebbe però necessario anche qui condurre le ricerche su di un numero maggiore di casi.

I risultati dimostrano che la contrazione uterina è rinforzata dalla somministrazione di piccole dosi di chinino durante l'ultimo mese della gravidanza. Questo metodo è dunque da raccomandarsi nei casi normali e specialmente in quelli anormali e merita più attenzione di quella che fino ad ora gli sia stata rivolta.

M. NUNBERG.

Per arrestare la secrezione lattea.

L. G. Mc Neile (*Western J. surg. obst. gyn.* e *Journ. am. med. assoc.* 27 aprile 1935) ha trovato utili le iniezioni endomuscolari di olio canforato, a dosi di 10 cg.: il primo giorno al mattino ed alla sera, il 2°, 3°, 4°, soltanto al mattino.

Il rimedio agirebbe direttamente sull'epitelio secernente della mammella.

L'A. ha sperimentato il rimedio in 340 casi con buoni risultati anche per quanto riguarda i fenomeni di ingorgo della mammella, che si manifestano con dolore, dolorabilità e senso di peso. *fil.*

IGIENE

La conservazione delle carni per l'alimentazione delle truppe.

E Postiglione (*Annali d'Igiene*, giugno 1935) in un ampio lavoro dà notizie sul modo di conservazione e di approvvigionamento delle carni per l'alimentazione delle truppe.

Fin dal 1909, si è iniziata l'importazione delle carni bovine congelate, che è poi proseguita con continui miglioramenti.

Le carni sono controllate nei paesi di provenienza, con visite sanitarie e certificati vistati dalle nostre autorità consolari; le stesse ditte esportatrici hanno tutto l'interesse di fornire delle carni buone di bovini che non hanno mai lavorato.

Preparati i *quarti*, si procede alla refrigerazione od alla congelazione.

La *refrigerazione* si compie tenendo la carne a 5°-8° per 10-12 ore e poi a 0° circa per altre 30. In tal modo, la carne conserva tutti i caratteri delle carni fresche e subiscono il necessario processo di frollatura, che le rende più gustose e meno dure. In tali condizioni, possono conservarsi per una quarantina di giorni e quindi sopportano anche il viaggio di mare purchè tenute appese.

La *congelazione* si pratica invece a temperatura di 8°-10° sotto zero ed esige 8-10 giorni. I quarti vengono rivestiti di mussola e poi di tela, si conservano in magazzini frigoriferi; le navi da trasporto sono munite di impianti frigoriferi capaci di mantenere una temperatura di 10° sotto zero.

Prima dell'uso, si deve praticare la scongelazione, che si ottiene in 4-5 giorni. Importante è in tutte queste operazioni il mantenere un adatto grado di umidità. In mancanza di locali adatti per la scongelazione, si useranno particolari cautele che l'A. indica.

Le carni congelate si conservano per circa 8-10 mesi; l'invecchiamento, però, le rende dure e friabili e induce una particolare modificazione delle parti grasse.

Il valore nutritivo delle carni congelate non differisce da quello delle fresche.

L'A. fornisce inoltre molti dati sul collaudo e sulle alterazioni delle carni, nonchè sul modo di eseguire le ispezioni e sui criteri da seguire, entrando in molti particolari che non si possono riassumere. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Una nuova funzione del polmone (potere desaminante).

L. Binet e D. Bargeton (*Arch. méd. chirurg. de l'app. respirat.*, 1935-2) dicono che la preparazione del polmone isolato, perfuso e ventilato, permette uno studio parallelo delle modificazioni biochimiche del sangue che circola e dell'aria che si trova nell'albero bronchiale. L'esperienza mostra che in tali condizioni il glucosio è bruciato; d'altra parte gli acidi grassi aggiunti al sangue circolante diminuiscono ed il quoziente respiratorio passa allora da 1 a 0,7.

Studiando in siffatte condizioni le variazioni del tasso dell'ammoniaca nel sangue perfuso, se ne nota un manifesto aumento. Parnas ha mostrato che alla temperatura del corpo il sangue abbandonato in vitro si arricchisce di ammoniaca in misura sensibile. Binet paragonando le variazioni del tasso di azoto ammoniacale nel sangue perfuso e in un campione lasciato come testimone, ha visto che il tasso di azoto ammoniacale si eleva dal 100 al 180 % nel sangue perfuso in tre ore, nel mentre si eleva dal 10 al 33 % nel campione. Sembra dunque che il polmone interviene direttamente, perchè se si opera sul dispositivo di perfusione eliminando il polmone ed aereando soltanto il sangue, il tasso dell'azoto ammoniacale passa da 0,83 a 1,09 % in tre ore, mentre passa a 1,13 nel campione in termostato. Studiando allora il tenore, nel sangue, di azoto ammoniacale dopo aggiunta di una data quantità di acidi aminici (alanina), si vedono le cifre enormemente salire: l'elevazione del tasso di ammoniaca indica un attacco dell'alanina, perchè parallelamente si mette in evidenza la comparsa di acido piruvico nel sangue perfuso. Il polmone è dunque capace di attaccare un acido aminico, l'alanina, e questo potere desaminante è stabilito da tre ordini di fatti convergenti: produzione di ammoniaca, comparsa di acido piruvico, modificazioni del quoziente respiratorio.

MONTELEONE.

VARIA

Come ottenere l'abbronzamento della pelle.

Un tempo erano di moda le carnagioni bianche specialmente per le donne e sono rimaste classiche le bianche braccia di Giunione, decantate da Omero. Ed in manuali di cosmetica anche recenti sono riportate delle ricette a base di sostanze che, impedendo l'azione dei raggi ultravioletti, permettevano di stare al mare senza imbrunire. Ma i gusti sono ora cambiati e nulla di più desiderabile per una donna, che una tinta bruna, la quale dimostri che la paziente si è arrostita al sole marino, anche se non si è mai mossa dal suo appartamento cittadino. Anche artificialmente si può favorire tale imbrunimento.

Si usano generalmente degli olî vegetali, che hanno la duplice proprietà di attivare l'imbrunimento e di proteggere l'epidermide contro l'irritazione dei raggi solari. Si usano gli olî di sesamo, di arachide, di oliva, di cocco, di mandorle, di albicocche. Alcune formule contengono inoltre delle cere. In commercio, i prodotti fluidi sono denominati olî per imbrunire. Ne diamo qualche formula:

1) Olio di oliva il più neutro che sia possibile 50; Olio di arachide o di bergamotto 49; Essenza di bergamotto 1; Clorofilla q. b.

2) Olio di oliva 50; Olio di arachide, di sesamo, mandorle, noccioli di albicocca o di pesca 44; Olio di alloro 5; Essenza di bergamotto 1.

E. Juster, con Huerre ha modificato tale formula, proponendo la seguente, che servirebbe anche per le chiazze acromiche di vitiligo:

3) Olio di oliva 125; Etere officinale 100; Essenza di bergamotto 15. Tale preparazione è ben sopportata dall'epidermide irritata dai raggi ultravioletti.

Gli *olî emulsificati* hanno il vantaggio di penetrare facilmente nella pelle, senza darle l'aspetto oleoso:

4) Oleina bianca distillata 2,8; Olio di paraffina 25; Emulsificante 4; Acqua 64,4; Nipasol 1.

5) Oleina 2; Olio di paraffina 57; Emulsificante 4; Acqua 37.

6) Olio di paraffina 61; Emulsificante 7; Acqua 32; Profumo 0,25.

(Gli emulsificanti sono probabilmente degli oleati di trietanolamina).

Questi olî emulsificati si distinguono per la grande bianchezza e per la loro stabilità.

Fra le *creme per imbrunire*, riporteremo le seguenti da formulari che si trovano in *Archives de la Droguerie pharmaceutique* (aprile e maggio 1934) ed in *Nature* (15 maggio 1935).

1) Eucerina, Acqua dist., ana 50; Profumo q. b.

2) Olio di mandorle, di noccioli di albicocca o di pesca 10; Vasellina bianca (fusibile a 57°) 5; Olio di paraffina bianco (densità 0,870-0,875) 5; Tegina (fusibile a 47°) 12; Tegina (fusibile a 30°) 2; Glicerina chimicamente pura 5; Lanolina anidra 5; Acqua dist. 56; Profumo q. b. (le tegine sono dei grassi artificiali costituiti da mono- e distearati di glicerina, facilmente assorbibili dalla cute).

3) La crema sopra menzionata non ingrassa la cute, mentre invece la seguente è una crema grassa.

Protegina 30; Lanolina 4; Olio di paraffina 5; Glicerina 5; Acqua 57.

4) La seguente è una crema del tipo cold-cream.

Cera d'api bianca 14; Spermaceti 4; Stearina superiore 10; Olio di vaselina bianco cosmetico od olio di paraffina bianco inodoro 44,5; Borace 2,5; Acqua dist. 19; Colore q. b.

Per dare l'*imbrunimento artificiale*, Tede consiglia il bistro al permanganato, che si prepara con 1 di permanganato di potassio, 5 di lanolina anidra e 94 di vaselina gialla neutra. Per riduzione del permanganato, si forma del bistro (biossido di manganese), che dà un colore molto persistente, ma può essere tolto facilmente mediante una soluzione di acido citrico o di succo di limone. Il preparato va conservato in un vaso di vetro opaco e ben chiuso in modo che stia al riparo dall'aria e dalla luce.

Oppure, si può aggiungere un colore solubile nei grassi ad una miscela di olî (di oliva, di arachide, di sesamo, ecc.). *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. ROASENDA. *Sindrome epilettica da inalazione continuata di essenze manipolate per uso industriale.* — Tip. Vogliotti, Torino, 1934.

D. PAZZANESE e R. PIRES DE CAMPOS. *Sobre as alteracoes da onda P do eletrocardiogramma.* — Tip. Scheliga, S. Paulo, 1934.

G. ROASENDA e A. M. DOGLIOTTI. *Risultati della resezione del ganglio cervicale sup. e di un tratto del tronco simpatico cervicale in un caso di paralisi facciale periferica di antica data.* — Tip. Amosso, Biella, 1934

R. F. VACCAREZZA, MARTINEZ DALKE y I. VACCAREZZA. *Poder agglutinante del suero en los sujetos vacunados por via oral contra las infecciones tifoparatificas.* — Impr. Buffarini, Buenos Aires, 1934.

G. BRAVETTA. *Sopra un nuovo preparato ad azione ipnotica Ipnopan Zenith.* — Tip. Ed. Minerva, Torino, 1934.

R. I. VACCAREZZA. *Tratamiento de la brucelosis humana.* — Imp. Buffarini, Buenos Aires, 1934.

S. CACIOPPO. *L'operazione delle cataratte alla stregua dei loro caratteri fisici ed anatomici.* — Arti Grafiche Mariotti, Pisa, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Appello della Croce Rossa ai medici.

La Croce Rossa Italiana per lo svolgimento dei suoi importanti servizi, vuol poter contare su di un notevole numero di ufficiali medici. Questa sua necessità è attuale e urgente.

La Croce Rossa Italiana apre, pertanto, gli arruolamenti come Ufficiali, a tutti i medici giovani, che non hanno obblighi militari, a coloro cioè, *che furono riformati per infermità che non siano incompatibili con il servizio professionale*, e con il decoro dell'uniforme; ed a coloro *che furono inscritti alla ferma minima*. Tutti i medici che vengono a trovarsi in queste condizioni, sono invitati a far parte del personale che volontariamente ed entusiasticamente milita sotto la nostra bandiera crociata, nelle molteplici opere di assistenza, che le nostre organizzazioni svolgono in pace ed in guerra a sollievo dell'Umanità.

È prescritta l'iscrizione al Partito Nazionale Fascista. Per le pratiche necessarie ed informazioni relative rivolgersi agli Uffici Mobilitazione.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Siracusa 10 settembre; Bari, Chieti, Foggia, Sassari 15 settembre; Pesaro 30 settembre; Aosta 1 ottobre; Bolzano 10 ottobre; Messina 15 ottobre. Di alcuni di questi concorsi diamo notizia più oltre.

Agrigento. — Concorso al posto di Capo del Servizio Sanitario per le Casse mutue dell'industria della Provincia di Agrigento. Stipendio L. 12.000 annue lorde oltre indennità accessorie. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio di Collegamento e di gestione delle Casse mutue dell'Industria, Agrigento, piazza Cavour 5. Scadenza 30 settembre 1935.

Bari. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami concorso a tre posti di medico condotto: Palese Macchie (frazione di Bari). Stipendio L. 9500, più L. 2100 pel servizio attivo; caro-viveri. — Torre Pelosa (frazione di Bari). Stipendio L. 9500, più L. 2100 pel servizio attivo; caro viveri. — Bitetto. Stipendio L. 10.000, cinque aumenti quadriennali del decimo, pel servizio attivo L. 500, caro viveri. Per tutte, scadenza 15 settembre 1935.

Chieti. — Per titoli ed esami, concorso al posto di Direttore della Sezione Medica Sierografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio L. 16.000 oltre quattro aumenti quadriennali di L. 1000, più L. 3000 pel servizio attivo. Scadenza 15 settembre 1935.

Brindisi. — Concorso al posto di Direttore della Sezione Dispensariale di Igiene Sociale in Ostuni. Stipendio L. 11.600 suscettibile di tre aumenti quadriennali rispettivamente di L. 600, L. 700 e L. 900. Indennità servizio attivo L. 2800. Stipendio ed indennità sono soggetti alle riduzioni ed alle trattenute di legge. Età anni 21-40 s. e. l. Diploma di abilitazione all'esercizio professionale di medico-chirurgo e di specializzazione in tisiologia. Tassa concorso L. 50,10. Chiarimenti alla Segreteria del Consorzio Antitubercolare presso l'Amministrazione provinciale di Brindisi. Scadenza 10 ottobre 1935.

Chieti. *R. Prefettura.* — Concorso, per titoli ed esami, ai posti di medico condotto dei seguenti comuni: Chieti. *Scalo.* Stipendio L. 8000, più indennità per cavalcatura L. 1500. — Civitaluparella. Stipendio L. 10.000 e L. 2500 per indennità di cavalcatura. — Dogliola. Stipendio L. 9000. — Frisa. Stipendio L. 10.000 e L. 1000 per indennità cavalcatura. — Lanciano. Prima e seconda condotta. Stipendio ciascuna L. 7000. — Montenerodomo. Stipendio L. 9000. — Ortona a Mare. Prima condotta. Stipendio L. 7000. — Rapino. Stipendio L. 9000. — Sant'Eusebio del Sangro. Stipendio L. 9000. — Schiavi d'Abruzzo. Stipendio L. 9000. — Torino del Sangro. Stipendio L. 9000. — *Consorzi*: Mozzagrogna, S. Maria Imbaro. Stipendio L. 9000. — Torricella Peligna, Pennadomo. Stipendio L. 10.000, più L. 1500 per indennità di cavalcatura. Scadenza per tutti il 15 settembre 1935.

Firenze. *Ospedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Scad. 30 sett., ore 17; due aiuti per l'Ospedale Sanatorio di Careggi; titoli ed esami; età limite 35 anni; stip. L. 7050, c.-v., indennità e proventi regolamentari. Tassa L. 50. Voti negli esami speciali. Chiedere avviso alla Segreteria.

Frascati *(Roma). Ospedale S. Sebastiano M.* — Scad. mesi uno dal 14 agosto; primario chirurgo; titoli; L. 18.000 e 3 quinquenni decimo. Non sono ammesse le donne. Chiedere avviso alla Direzione.

Genova. *Spedali Civili.* — Scad. 30 sett., ore 15; primario medico tisiologo; titoli; L. 6000, per anni cinque, salvo conferme triennali, fino a 60 anni; il concorso è riservato ai sanitari di sesso maschile; laurea da 6 anni; tassa L. 50. Per le altre condizioni chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria, Ospedale di S. Martino.

Lugo. — (Vedere Ravenna).

Mantova. *Comune.* — Concorso per esami e per titoli al posto di *Direttore della Sala Celtica e del Dispensario Antivenereo Comunale.* Scadenza al 30 settembre 1935-XIII. Stipendio L. 8000 al lordo delle ritenute di legge e delle riduzioni di cui i RR. DD. 20-11-1930 n. 1491 e 14-4-1934 n. 561. Non vengono concessi aumenti periodici, nè indennità. Nomina per un triennio, salvo conferme triennali. Età massima anni 35, salve eccezioni di legge. Richiedere bando alla Segreteria Comunale.

Ravenna. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 30 sett.; direttore della Sezione dispensariale di Lugo; L. 9000; indennità di trasferte; età limite 35 a. al 25 lug.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Presidenza.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Pontelagoscuro, Rovigo I, Savignano sul Rubicone, Suzzara, Tavernelle (Bologna); Torralba (Cagliari); Grammichele, Nizza di Sicilia, Noto, Pachino, Paternò, Siracusa I (Catania); Bonassola (Genova); Cremona II (Milano); Eboli II, Nocera Inferiore, Padula, S. Martino in Pensilis, Solopaca (Napoli); Palermo VII (Palermo); Campiglia Marittima, Collecchio, Fauglia, Gavorrano (Pisa); Acquappesa, Agropoli, Celle di Bulgheria, Praja d'Ajeta, Ricadi, Rosarno I (Reggio Calabria); Bastia Mondovì, Gravellona Toce, Mortara II, Sessant (Torino); Malles Venosta, Prato all'Isarco (Trento). Inviare domanda e chiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 settembre 1935-XIII.

Roma. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.* — É aperto un concorso per titoli e per esami a quindici posti di Medico presso l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Gli aspiranti dovranno, non più tardi del 30 settembre 1935-XIII, presentare i documenti, facendosene rilasciare ricevuta, o far pervenire, per mezzo della posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno, alla Direzione Generale (Servizio personale) dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, in Roma, via Minghetti 22. Si richiede lo specchio dei voti riportati negli esami speciali e di laurea. Non sono ammesse le donne. Titoli ed esami. Stipendio annuo L. 23.000, oltre l'aggiunta di famiglia. Non è consentito l'esercizio professionale privato. Chiedere l'avviso di concorso. Per ogni informazione gli aspiranti potranno rivolgersi alla Sede Centrale (Servizio personale).

Sassari. *R. Prefettura.* — Concorso, per titoli ed esami, ai posti di medico condotto dei seguenti comuni: Aggius (primo reparto). Stipendio lire 9500, più L. 2500 per mezzi di trasporto. — Ardara. Stipendio L. 9500; Bulzi. Stipendio L. 10.500. — Illorai. Stipendio L. 9500. — Sennori. Stipendio L. 9500. — Torralba. Stipendio L. 9500. — Usini. Stipendio L. 9500. — Villanova Monteleone per la frazione *Putifigari*. Stipendio L. 10.500. — *Consorzio*: Romana, Monteleone, Roccadoria. Stipendio L. 10.500, più L. 2500 per mezzi di trasporto. N.-B : Gli stipendi predetti sono suscettibili degli aumenti quadriennali. Scadenza per tutti il 15 settembre 1935.

Udine. *Ospedale Civile.* — Primario dermosifilopata; proroga al 30 settembre, ore 18.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Duce, Ministro delle Colonie e delle Forze Armate, ha sottoposto alla firma Sovrana un provvedimento col quale il senatore prof. Aldo Castellani è nominato Alto Consulente Sanitario per l'A. O.

A S. E. Castellani resta quindi affidato il compito dei coordinamento e della sorveglianza di tutti i servizi civili e militari della Madre Patria e delle Colonie per l'Africa Orientale.

Il prof. Giuseppe Pellacani è nominato direttore dell'Ospedale psichiatrico provinciale « F. Roncati » di Bologna, al posto già occupato dal compianto prof. Giulio Cesare Ferrari; egli è stato classificato primo, nel concorso, dalla commissione composta dei proff. Luigi Cappelletti (Venezia), Angelo Alberti (Genova) e Luigi Baroncini (Imola); era già primario e funzionante da direttore nello stesso Ospedale.

Quale successore di J. Bordet sulla cattedra di batteriologia all'Università di Bruxelles è nominato il dott. Ernest Renaux, che di Bordet fu a lungo collaboratore.

Il prof. G. Roussy, decano della Facoltà di medicina di Parigi, è nominato commendatore della Legion d'Onore.

Sono nominati membri dell'Accademia di Medicina di Parigi i proff. M. Villaret e C. Jannin; il primo è titolare della cattedra di idrologia terapeutica e climatologica, il secondo della cattedra di clinica ostetrica alla Pitié, presso quella Università.

Il Governo della Repubblica Spagnola ha conferito la Grande Croce della Beneficenza al dott. Francisco Luque, capo della Sezione di ostetricia e ginecologia all'Ospedale Centrale della Croce Rossa e direttore della Scuola Nazionale delle infermiere a Madrid.

Per i *Corsi di Istruzione d'assistenza agli infermi.*

Ai medici incaricati di preparare ottimo personale infermieristico rammentiamo il Manuale, adottato quale ***testo*** per detti ***Corsi di istruzione*** in moltissime delle principali città d'Italia

del

Prof. GIACINTO QUARTA

già Medico aiuto negli Ospedali di Roma

Docente di Patologia Medica nella R. Univ. di Roma

Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito?

(Guida pratica per infermieri ed infermiere)

5ª ediz. accuratamente riveduta ed aggiornata

Riportiamo qualcuno dei giudizii emessi intorno a questa nostra pubblicazione:

Nel Giornale Ufficiale della *Croce Rossa Italiana*, Anno VIII, Fasc. I, il prof. *T. Rossi Doria*, così si è espresso: « *Riassumendo, il libro del prof. Quarta non potrebbe essere più chiaro, facile, completo, preciso di così. È, nel suo genere, un vero capolavoro e non una sola persona — medico od infermiera o madre di famiglia — dovrebbe mancare di questo libro di Croce Rossa al quale auguriamo la diffusione che merita* ».

La Rivista *Minerva Medica* di Torino, nel fascicolo 1° dell'annata XIV, dopo una larga relazione del contenuto del volume, conclude: « Il Manuale del prof. Quarta è stato giustamente apprezzato nelle sue precedenti edizioni, sicchè è giunto in pochi anni alla terza; esso, oltre che per l'istruzione degli infermieri e delle famiglie nell'assistenza ai malati, è *particolarmente utile ai medici che debbono tenere corsi di insegnamento ad infermieri, a militi della Croce Rossa, conferenze di volgarizzazione sulla assistenza agli infermi, sul pronto soccorso e simili* ».

La Delegata della Presidenza Generale per le Infermiere della Croce Rossa Italiana Signora di Targiani Giunti, march. Irene ha scritto: « *La ringrazio dell'interessante ed utile pubblicazione ch'Ella ha voluto cortesemente inviarmi, e della quale sto facendo ampia propaganda fra le nostre infermiere* ».

Volume in-8° di pag. XII-320, con 112 figure nel testo. — Prezzo L. **18** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **16,50** in porto franco.

Inviare Vaglia all'Editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, Roma.

NOTIZIE DIVERSE

41° Congresso italiano di medicina interna.

Il XLI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna si terrà a Bologna dal 23 al 26 ottobre p. v., presidente del Comitato ordinatore il prof. Giacinto Viola, senatore del Regno, direttore della Clinica Medica della R. Università di Bologna.

I temi di relazione posti all'ordine del giorno sono:

1) Sistemazione clinica e diagnosi degli itteri (relatore: sen. prof. F. Micheli, direttore della Clinica Medica della R. Università di Torino; correlatori: G. Dominici e A. Allodi);

2) La valutazione della costituzione individuale (relatore: sen. prof. G. Viola; correlatori: F. Schiassi, P. Benedetti e G. Capone);

3) Sindromi mediastiniche (Tema in comune con la Società Italiana di Chirurgia: relatore di parte medica il prof. G. Zagari, direttore della Clinica Medica della R. Università di Napoli).

Avrà luogo anche una conferenza del prof. V. Maragliano, direttore dell'Istituto di Radiologia della R. Università di Genova, sul tema: « Marconiterapia ».

I soci della Società Italiana di Medicina Interna, purchè in regola con il pagamento della quota sociale, possono presentare Comunicazioni scientifiche e così pure i non soci che aderiscono al Congresso versando la quota di L. 75 (settantacinque).

Per deliberazione del Consiglio direttivo della Società non saranno inscritte all'ordine del giorno quelle comunicazioni di cui non giunga alla Segreteria del Congresso un breve sunto scritto, che (se accettato) sarà pubblicato sugli Atti del Congresso.

Le comunicazioni debbono essere annunciate alla Segreteria del Congresso entro il 15 settembre p. v. e debbono preferibilmente concernere argomenti attinenti o affini ai temi di relazione.

La Segreteria del Congresso ha sede presso la Clinica Medica, Policlinico S. Orsola, Bologna.

Saranno concesse le consuete riduzioni ferroviarie e altre agevolazioni in occasione dei Congressi medici, della Mostra internazionale del Libro di Medicina e della Mostra del Materiale Sanitario che si terranno in Bologna dal 1° al 31 ottobre p. v.; per ogni informazione a questo riguardo e per la prenotazione degli alloggi si prega di rivolgersi al « Comitato Esecutivo dei Congressi medici », Palazzo d'Accursio, Bologna.

2° Congresso internazionale di neurologia.

Ha avuto luogo a Londra con l'intervento di circa 700 specialisti di tutto il mondo. Numerosi neurologi italiani hanno partecipato ai lavori. Il prof. Arturo Donaggio, presidente della Società italiana di neurologia e di psichiatria, in seduta a sezioni riunite, ha riferito, con una relazione, sulla propria dottrina che assegna alla corteccia frontale del cervello importanza nella produzione delle particolari forme di movimenti detti extrapiramidali e sulle conferme clinico-anatomiche che tale dottrina ha ottenuto.

Ai lavori delle diverse sezioni, gli italiani hanno partecipato attivamente, e hanno riferito con comunicazioni sulle loro ricerche: Donaggio, l'influenza dell'età e della temperatura sulla rete fibrillare nella cellula nervosa; Ayala, sindrome tumorale piramidale e altri argomenti, sui quali i congressisti hanno avuto materia di discussione; Medea, esame del liquido cefalo-rachidiano nei tumori cerebrali; Boschi, problemi riguardanti il liquido cefalo-rachidiano; Gozzano, manifestazioni bioelettriche nella epilessia riflessa; Pisani, terapia dell'epilessia motoria; Senise, secrezione interna del cervelletto; Levi Bianchini, cura dell'epilessia; De Nigris, sindrome cerebrale prepiramidale; Cacciapuoti, vari problemi riguardanti l'epilessia; Carlo Rizzo, istologia della sostanza grigia centrale del cervello; Pennacchetti, sieroterapia emolitica della sclerosi in placche; Longo, sulle glandole endocrine nell'epilessia. Gli italiani hanno preso parte anche alle discussioni scientifiche: il loro contributo è stato molto apprezzato.

4° Congresso della "Societas oto-rhino-laryngologica Latina".

È indetto a Bruxelles dal 20 al 23 settembre, sotto l'alto patronato del Re e della Regina del Belgio. Il Comitato d'onore comprende il presidente del Consiglio belga dei ministri, i ministri plenipotenziari dei Paesi latini accreditati nel Belgio, il governatore della Provincia, il borgomastro di Bruxelles e il presidente dell'Accademia nazionale di Medicina. Le Università di Bruxelles, Gand, Liegi e Lovanio hanno delegato a rappresentarle i proff. Heyninx, Vernieuwe, Breyre e van den Windenberg. Il congresso sarà presieduto dal dott. Buys, agrégé all'Università di Bruxelles e docente all'Università di Torino. Tema di relazione: « Gli ascessi encefalici in oto-rino-laringologia »; tra i relatori sono gl'italiani Bruzzi, Calamida, Carnevale Ricci, Citelli, Ferreri e Traina. Si terranno tre conferenze: del dott. Hautant (Parigi) sulla « Chirurgia dell'ipo-faringe e dell'esofago cervicale »; del prof. Hinojar (Madrid), sul « Trattamento chirurgico delle meningiti »; del prof. Malan (Torino) su « La senescenza delle vie aeree superiori dal punto di vista anatomico e clinico ». Le comunicazioni non potranno riguardare che i temi della relazione e delle conferenze. Quota: 100 franchi francesi per i membri titolari, 50 per le persone di famiglia. Rivolgersi al Dr. Chavanne, secrétaire général de la « Societas O.-R.-L. Latina », Lyon, Francia (Conto Corrente Chèques Postali 461.28, Lyon).

Casa del medico nel Brasile.

È stata solennemente inaugurata a Rio de Janeiro la casa del medico, destinata ad ospitare i medici anziani senza famiglia o senza risorse. I fondi sono stati raccolti mediante sottoscrizione, tra tutti i medici del Brasile; l'area fabbricabile è stata donata dal dott. Felicio Torres. La costruzione risulta di 3 piani, ma potrà essere elevata sino a 8. Ai ricoverati viene offerto tutto il *comfort* moderno. Nei primi 2 piani sono accolti medici a pagamento; nel terzo piano medici che non possono pagare; in reparti speciali si ospitano medici invalidi. La gestione è tenuta dal Sindacato brasiliano dei medici.

Limitazioni di studenti in Romania.

In Romania è in corso di attuazione il *numerus clausus* per gli studenti universitari. Ogni anno il numero delle nuove iscrizioni verrà stabilito dal Consiglio interuniversitario e reso noto con 4 mesi di anticipo sulla data d'iscrizione; le iscrizioni ver-

ranno regolate in base all'esito di un esame di ammissione; negli anni successivi gli studenti che non supereranno per due volte successive uno stesso esame, verranno esclusi dagli studi, in tutte le università del Regno; gli studenti sono obbligati alla frequenza (di lezioni, esercitazioni, laboratori, istituti e seminari); siccome la limitazione degli studenti farà diminuire gl'introiti delle università, il ministro dell'istruzione eleverà le dotazioni delle università stesse.

Le lotterie per gli ospedali in Irlanda.

Il ministro dell'interno e della sanità pubblica dell'Irlanda, rispondendo a un'interrogazione, ha rilevato che le lotterie hanno reso agli ospedali irlandesi 4.050.778 sterline, senza contare 354.835 sterline del Derby di quest'anno, non ancora percepite; inoltre 433.177 sterline erano state rimesse agli ospedali prima che fosse approvata la legge apposita, del 1933. In totale, si tratta di circa 4.800.000 di sterline (ossia 300 milioni di lire it.). Sono state realmente distribuite agli ospedali 3.703.080 sterline; il ritardo prodottosi non appare giustificato; ma un'inchiesta sulle cause amministrative che lo hanno determinato richiederà tempo.

Azioni giudiziarie.

Un medico di Davenbry (Inghilterra) è stato processato per alcune omesse o tardive denunzie di malattie contagiose. L'ufficiale sanitario potè dimostrare che egli aveva omesso le denunzie di tre casi di scarlattina e aveva fatto molto tardivamente quelle di un altro caso di scarlattina e uno di difterite. L'accusato rilevò che tre di questi casi erano occorsi in famiglie ove già si era avuto un componente colpito dalla stessa malattia e che in alcuni distretti rurali è uso di denunziare solo il primo caso. Nella legge di sanità pubblica manca una disposizione che autorizzi tale pratica; perciò il medico è stato condannato ad una multa (di 6 sterline e 5 scellini, circa 500 lire it.).

Il dott. Henri Guinier, di Montron (Francia), si era fatto sostituire temporaneamente da un collega, dott. Teeluck Dharry, corrispondendogli franchi 50 al giorno, l'alloggio, il vitto e mettendo a sua disposizione lo strumentario, l'installazione professionale e una vettura automobile. Questa fu danneggiata dal Dharry, la cui responsabilità risultò riconosciuta in giudizio. Il Guinier dovette pagare l'importo della riparazione e di un'ammenda. Egli intendeva rivalersi sul collega, il quale fece opposizione. Il Tribunale ha riconosciuto il buon diritto del Guinier; la Corte d'appello di Bordeaux ha confermato questo giudizio (seduta del 15 luglio) e ha condannato il dott. Dharry a indennizzare il collega, a pagare l'ammenda e alle spese.

Un po' dovunque.

Il sen. prof. Aldo Castellani ha organizzato, nella sua Clinica per malattie tropicali e subtropicali, un nuovo corso per medici coloniali; è della durata di un mese ed ha indole prevalentemente pratica. Questi corsi, molto apprezzati e frequentati, faranno sentire la loro azione benefica sui nostri soldati e operai che si recano nell'Africa Orientale.

Nell'atto di lasciare Perugia, le truppe del Corpo sanitario, formanti un Ospedale da campo destinato all'Africa Orientale, hanno ricevuto imponenti manifestazioni di simpatia.

Un gruppo di infermiere volontarie della Croce Rossa, all'atto di prendere imbarco a Taranto, sul piroscafo « California », per l'Africa Orientale, ha ricevuto il seguente messaggio, inviato per telegramma alla delegata generale marchesa di Targiani Giunti, che le accompagnava:

« Alle sorelle crociate che vanno a compiere nelle terre d'Africa il loro apostolato di carità col forte animo delle donne italiane vada il mio affettuoso augurale saluto. Affezionatissima: Anna d'Aosta ».

Il dott. Pietro Biffis, primario nell'Ospedale Civile di Udine, ex combattente decorato al valore, vecchia camicia nera, si è imbarcato volontario per l'Africa Orientale.

È sorto a Londra un Comitato per inviare una missione medica in Etiopia nel caso di guerra con l'Italia. L'organizzazione lavora in stretto collegamento con la Società della Croce Rossa Etiopica, di recente formata. Comprende per ora 8 medici, molti infermieri, e 5 persone addette ai trasporti. Il Comitato aveva intenzione di lanciare una sottoscrizione pubblica per la raccolta di fondi, ma il « Foreign Office » ne lo ha dissuaso.

Il 15° Congresso internazionale di fisiologia si è svolto a Leningrado e Mosca con l'intervento di 1500 congressisti. Si iniziò l'8 agosto con un grandioso ricevimento al Museo Etnografico; la cerimonia inaugurale ebbe luogo il giorno successivo nel palazzo Uritzky, antica Duma. Caratteristica notevole: ad ogni poltrona erano applicati quattro audiofoni, da ciascuno dei quali i discorsi pronunciati erano resi in una lingua diversa: russo, francese, inglese, tedesco: il congressista sceglieva. Dei lavori daremo notizie in un prossimo numero. In 30 torpedoni vennero compiute numerose visite a fabbriche, istituti, edifizi.

Si è svolto a Bruxelles un Congresso internazionale di medicina legale e sociale di lingua francese; per l'Italia vi hanno partecipato i proff. S. Diez, L. Lattes e V. M. Palmieri. Ne diamo il resoconto in altra parte del giornale.

Il 15° Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia mediche si terrà a Belgrado, nell'ottobre 1936; nell'occasione verrà solennizzato il cinquantenario di queste riunioni, poichè la prima ebbe luogo nel 1886 a Biarritz. Sotto l'alto patronato del Principe Reggente Paolo, si è costituito un Comitato nazionale, che ha designato come segretario generale il prof. Miloutine Neskovitch (Tarkowska 3, Beograd, Jugoslavia).

Il 1° Congresso dell'Associazione per lo studio delle radiazioni solari, terrestri e cosmiche si è tenuto a La Malou (Francia) dal 15 al 17 luglio. Furono presentate relazioni sul clima mediterraneo, sul fanciullo al mare, in collina e in montagna, sui bagni di sole, sulle nuove conoscenze di elioterapia, sulle radiazioni anormali del sole e le influenze dette cosmiche, nonchè varie comunicazioni. I resoconti verranno pubblicati nel periodico « Cosmobiologie », rue Verdi 24, Nizza.

L'Associazione Pediatrica Britannica ha tenuto la sua 8ª riunione generale annua a Newcastle, sotto la presidenza di Hugh Thursfield (Londra). Come presidente pel 1935-36 è stato nominato il prof. A.E. Naish (Sherfield).

Dagli abbonati al "Policlinico,, queste pubblicazioni possono ottenersi, addebitate dalla Casa Editrice al prezzo di copertina, contro pagamento a rate mensili.

Ricordiamo le seguenti interessanti pubblicazioni:

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI

Manuale di Oto-Rino-Laringojatria

Opera in tre volumi, uno dei quali in due parti e cioè:

Volume I. — PARTE GENERALE.

Naso e cavità annesse.

Volume di pagg. XVI-524, con 224 figure, in gran parte originali, intercalate nel testo. Prezzo L. **58** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati in Italia, sole L. **50** in porto franco. Per l'Estero L. **55**.

Volume II. — PARTE PRIMA.

Bocca - Faringe - Timo - Tiroide

Volume di pagg. VIII-336, con 234 figure nel testo. Prezzo L. **45** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati in Italia, sole L. **40** in porto franco. Per l'Estero L. **43**.

Volume II. — PARTE SECONDA.

Laringe - Trachea - Esofago

Volume di pagg. VIII-594, con 404 figure nel testo. Prezzo L. **68** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati in Italia, sole L. **62** in porto franco. Per l'Estero L. **65**.

Volume III. — **L'orecchio.**

Volume di pagg. VIII-568, con 312 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **65** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati in Italia, sole L. **60** in porto franco. Per l'Estero L. **65**.

Prof. Dott. GIOACCHINO FUMAROLA

Docente nella R. Università di Roma.

Diagnostica delle Malattie del Sistema nervoso

Opera completa nei seguenti quattro volumi:

PARTE GENERALE: Prefazione e due capitoli del prof. **G. Mingazzini.** Volume in-8, di pag. VIII-352, in carta distinta, nitidamente stampato, con 175 figure quasi tutte originali intercalate nel testo e 8 tavole, fuori testo, a colori. Prezzo L. **42**.

PARTE SPECIALE in tre puntate:

1) **Sistema nervoso periferico.** Volume di pag. 242, con 67 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **28**.

2) **Sistema nervoso centrale. MIDOLLO SPINALE.** Volume di pag. 238, con 66 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **33**.

3) **Sistema nervoso centrale. IL CERVELLO.** Volume di pag. 350, con 66 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **42**.

Prezzo dell'opera completa (Parte Generale e Parte Speciale) L. **145**, più le spese postali di spedizione.

N. B. — *La PARTE GENERALE disgiunta dalla PARTE SPECIALE non è in vendita.*

Tutta la PARTE SPECIALE, oppure le singole puntate della medesima, si possono acquistare separatamente dalla PARTE GENERALE.

AVVERTENZA. — Questa interessante opera, di complessive pagine VIII-1182, con 374 figure nel testo, che costa L. **145**, più le spese postali di spedizione, i nostri abbonati possono acquistarla anche con pagamento frazionato e cioè mediante un primo versamento di L. **45** e le residue L. **100** in 5 rate mensili di L. **20** ognuna

Esclusivamente agli abbonati del « Policlinico » che preferiscono acquistarla col pronto intero pagamento, cioè contemporaneamente alla richiesta, l'opera è ceduta franca di porto in Italia per sole L. **120**.

Nessun chirurgo ITALIANO tralasci di fornirsi della seguente opera ITALIANA:

ROBERTO ALESSANDRI — DIRETTORE DELLA R. CLINICA CHIRURGICA DELL'UNIVERSITA' DI ROMA

MANUALE DI CHIRURGIA

(VOLUMI N. 41, 42 I, 42 II, 43, 44 DELLA COLLANA MANUALI DEL "POLICLINICO,,)

DEDICATO AL MAESTRO NEL SUO XXX ANNO DI INSEGNAMENTO DAGLI ALLIEVI

ASCOLI M. ROMA — BAGGIO G. CAGLIARI — BIANCHINI A. ROMA — BRANCATI R. PARMA — CERMENATI A. TERAMO — CHIASSERINI A. ROMA — CRAINZ S. ROMA — DOMINICI L. PERUGIA — FERRERI G. PERUGIA — GHIRON V. ROMA — GUSSIO S. CATANIA — JURA V. ROMA — LOZZI V. ROMA — MARINO ZUCO C. ROMA — MATRONOLA G. ROMA — MINGAZZINI E. ROMA — PACETTO G. ROMA — PAGGI B. ROMA — STEFANINI P. ROMA — VALDONI P. ROMA.

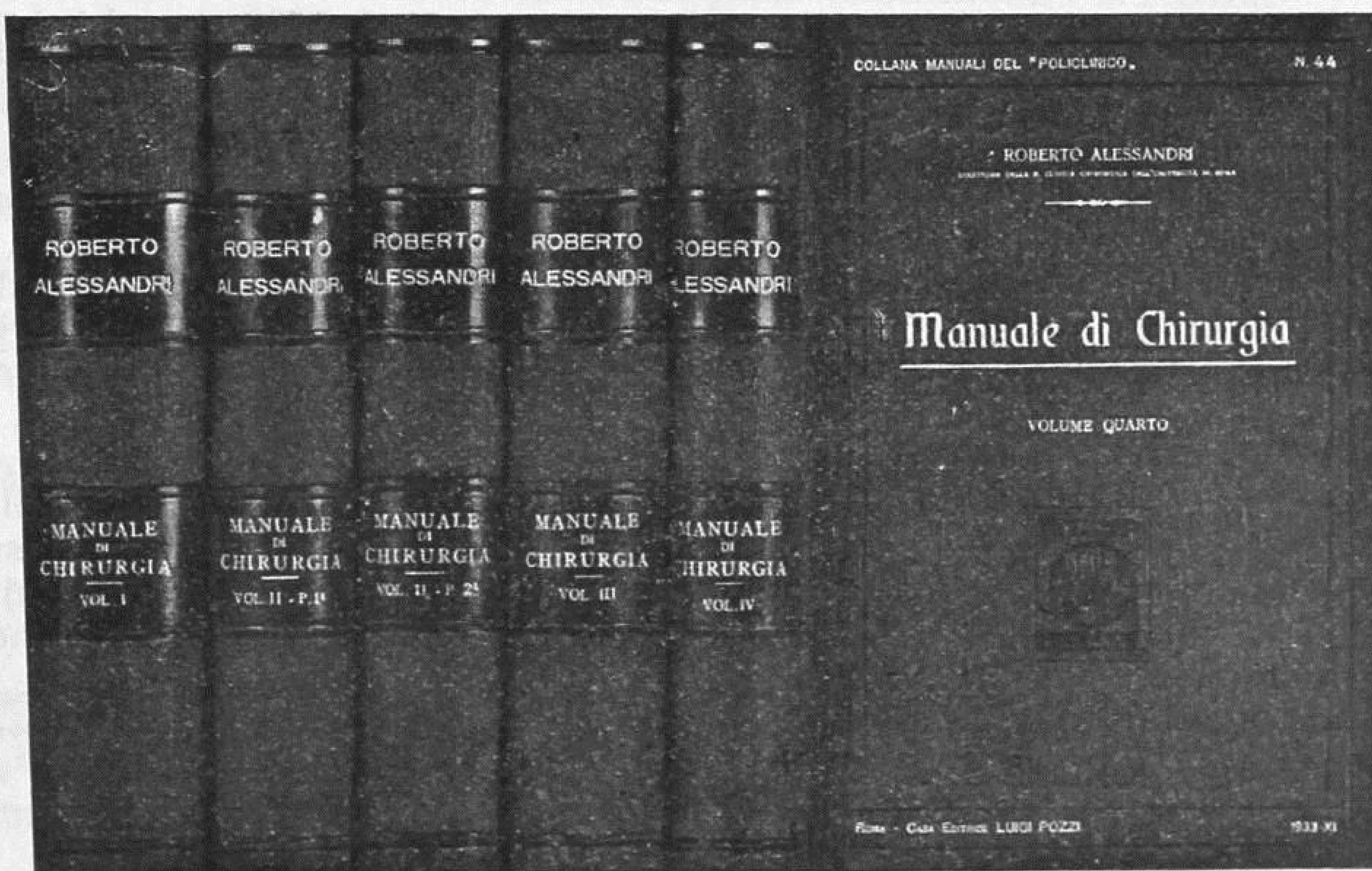
Prezzo della intera opera in quattro volumi, uno dei quali (il secondo) in due grosse parti, tutti rilegati in piena tela, di complessive pagine 4004, con 2414 illustrazioni nel testo delle quali 109 in tricromia. L. **390**.

N. B. - *Esclusivamente agli abbonati al « Policlinico » l'opera è ceduta per sole L.* **350** *anzichè L.* **390** *ed anche con la possibilità di pagarla con un primo versamento di L.* **100** *all'atto della richiesta da farsi accompagnata dall'impegno scritto di versare le rimanenti L.* **250** *in 10 rate mensili da L.* **25** *cadauna, fino al saldo. Alla richiesta unire la fascetta comprovante la qualità di abbonato al « Policlinico ».* Per l'Estero alle L. **350** bisogna aumentare L. **40** per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione raccomandata.

Il 1° pagamento di L. **100** *può essere anche versato nel nostro Conto Corrente Postale N. 1/5945 mediante l'apposito Bollettino che dall'Ufficio di Posta è fornito gratis, usando il quale si risparmia la tassa dell'ordinario Vaglia Postale.*

AVVERTENZA. - L'impegno del pagamento dell'intero ammontare di L. 350 (ridotto ai tanto esclusivamente per gli abbonati al « Policlinico ») **può essere stillato e sottoscritto nel predetto Bollettino postale.** Per l'Estero L. **40** in più per le occorrenti maggiori spese postali.

Fac simili dei volumi rilegati in tela (a circa un terzo dal vero).



Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, oppure presso l'Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

(Segue: Notizie Diverse).

Il 1º Congresso spagnolo « pro-medico », organizzato dalle due riviste d'interessi professionali « Gaceta Médica Española » di Madrid e « La Casa del Médico » di Saragozza, si terrà dal 6 all'11 ottobre e discuterà i temi: Assicurazione sociale contro le malattie, Insegnamento medico, Politica sanitaria, Morale medica. Segretario generale: Dr. Enrique Noguera, Moncayo 18 (Sanatorio), Zaragoza, Spagna.

L'Associazione d'insegnamento medico degli Ospedali di Parigi ha organizzato un corso di complemento sulle malattie del cuore e dei vasi, diretto dal dott. C. Laubry, nell'Ospedale Broussais; durerà dal 7 al 19 ottobre; tassa d'iscrizione fr. 150. Chiedere il programma. Rivolgersi al Dr. Leblanc, Hôpital Broussais, rue Didot 96, Paris 14e, Francia.

Rispondendo a un quesito avanzato da un libero docente pel tramite del rettore dell'Università di Bologna, il ministro dell'Educazione Nazionale ha informato che il limite d'età per l'insegnamento negli istituti superiori non si applica ai liberi docenti.

Le onoranze nazionali carducciane si sono concluse il 26 agosto a Pietrasanta con la commemorazione tenuta dall'Associazione italiana dei medici artisti. Dopo aver reso omaggio a Valdicastello all'erma del poeta e visitata la casa natale, i medici si sono recati a Pietrasanta per la commemorazione, svoltasi al Palazzo del Littorio, presenti le gerarchie fasciste. Parlarono il dott. Maccaroni e l'oratore ufficiale dott. Luigi Amaro. Dopo avere reso omaggio alla lapide dei Caduti fascisti, i medici artisti si portarono al monumento dei Caduti in guerra, ove parlò il dott. Bennati.

La salute pubblica di Roma è tornata in condizioni normali.

Epidemie di tifoide sono segnalate nella Nuova Guinea, a Madrid e altrove.

A Perugia è stato consumato un furto nel gabinetto dentistico del prof. Braio Fuso, sito in corso Vannucci 17: è stato asportato tutto l'oro che serviva per gli apparecchi di protesi.

Il prof. Giuseppe De Vincentis, reputato oculista di Napoli, ha riportato delle ferite per un incidente automobilistico.

È morto a Montevideo, in età di 67 anni, il prof. LUIS MORQUIO, uno dei più reputati medici dell'America Meridionale. Insegnava Clinica pediatrica in quella Università; il suo nome è specialmente legato alla distrofia familiare delle estremità, da lui individuata e che è detta « morbo di Morquio »; altri suoi studi concernettero la corea, i reumatismi, le gastro-enteropatie, la malattia idatidea, la tubercolosi, la difterite. Avvalorò in America la concezione italiana della nipiologia. Lascia varie opere organiche: un trattato di clinica pediatrica, le lezioni di puericoltura, le lezioni di clinica pediatrica. C.

È morto Sir RICHARD RAWDON STAWEL, una delle personalità più eminenti della medicina australiana; di recente era stato eletto presidente dell'Associazione Medica Britannica pel 1936; si era dedicato specialmente alla neuropsichiatria infantile. C.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 9 Settembre 1935 - XIII Num. 36

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
Direttore: on. prof. R. PAOLUCCI

Contributo clinico e operatorio allo studio dell'appendicocele strozzato

Dott. DOMENICO ANTONIO COLETTI, ass. vol.

Risalendo nella storia dell'appendicocele, apprendiamo le prime notizie intorno a tale forma morbosa dal Morgagni il quale, verso il 1745, rinvenne in un'autopsia l'appendice cecale libera in un'ernia inguinale.

In seguito le osservazioni si moltiplicarono e ad un secolo di distanza le notizie si fanno più precise per merito di Klein il quale, nel 1868, raccoglie tutti i casi fino a quell'epoca pubblicati: nel 1907 il Mariotti ne raccoglie 300 e nel 1910 il Vincenzoni ne raccoglie 320.

Come tutti i problemi della scienza medico-chirurgica che non trovano una definitiva soluzione, col passare degli anni l'appendicocele ha sempre più richiamato l'attenzione degli osservatori, cosicchè in questi ultimi anni gli studi su questo argomento sono andati sempre più arricchendosi per i lavori di molti autori. Basti citare quelli di Luxardo, Martini, Ligorio, Bettazzi, Maiocchi, Calabrese, Mosti, Catterina, Bertoni, Macheca, Gonwe, Norman, Richard, Bounet, Berard, Carisi, Finucci, Pazzagli, Arrigoni ed altri.

Per quanto l'appendicocele non sia di reperto quotidiano, pure esso non costituisce invero una affezione rarissima. Basandosi su statistiche numerose di ernie, Mariotti afferma che l'appendicocele è stato rinvenuto nell'1,5 %; Iaia nell'1,7 %; Lionti nell'1,19 %; Carisi nel 0,61 %.

Quest'ultimo, riunendo le cifre delle statistiche compilate da Iaia con 27 casi sui 1586 di ernie operate; dal Verebey (citato dal Sonnenburg) con 18 casi su 1000; dal Cocuzza (Clinica Tricomi) con un solo caso su 1500 ernie inguinali; dal Lionti con 4 casi su 6756 ernie operate dal 1898 al 1911 negli stabilimenti militari sanitari italiani (un caso del Collegari, uno del Roncaglia, due del Lionti):

dal Demosthen con 8 casi su 1642; dal Francini con 13 casi su 5000, ha ottenuto una percentuale dell'appendicocele del 0,41 %.

I nostri due casi di cui parleremo in seguito, essendo il risultato di osservazione di 400 ernie, stanno a rappresentare una frequenza del 0,50 per cento, valore che non si differenzia notevolmente da quello rinvenuto da altri autori.

Sauvage, Macquet, Bajardi e Mariotti avevano affermato la predominanza dell'ernia dell'appendice dopo il terzo decennio di vita, ma altri autori (Lionti, Carisi) hanno potuto dimostrare che ciò non risponde precisamente al vero. Se è lecito trarre dei dati di frequenza anche dalle nostre modeste cifre, riguardando i nostri due casi di appendicocele rispettivamente un bambino di tre mesi e un uomo di 61 anni, dobbiamo rilevare che si mantiene precisamente la proporzione del 50 % dell'ernia appendicolare nell'infanzia, così come dimostrano altre statistiche, e specialmente quella riportata dal Carisi sugli operati del Giordano.

Quasi tutti gli autori sono d'accordo nell'ammettere una maggiore frequenza dell'ernia appendicolare nell'uomo rispetto alla donna.

Predomina nel lato destro del corpo e, in quanto alla sede, essa è stata rinvenuta un po' dappertutto; ma, in ordine di maggiore frequenza, dopo l'ernia inguinale che rappresenta la gran maggioranza dei casi, essa può essere crurale, ombelicale, otturatoria, diaframmatica e, molto più raramente, inguinale e crurale sinistra. Sopra tutto dunque l'appendice si riscontra nell'ernia inguinale destra (nei due terzi dei casi) mentre in un terzo dei casi si rinviene nelle ernie crurali.

Nella statistica raccolta dal Rivet figurano 63 casi di appendicoceli inguinali, 28 crurali, 5 ombelicali (Reclos), 1 otturatorio (Nicaise) ed 1 diaframmatico (Vozzi) e quasi la stessa frequenza si verifica nelle statistiche del Bajardi e del Cernezzi.

Ricordo qui che Pierre Duval ha riscontrato un caso di appendicite sottoclavicolare, unico al mondo, in un giovane di 12 anni affetto da ernia diaframmatica destra contenente cieco, appendice, colon ascendente e trasverso.

Il Carisi riporta i casi assai rari di ernia ombelicale dell'appendice (Ieannel, Colzi, Michauc, Ruggi, Levi, Kelly, Lettau) e riferisce che il Luxardi, allievo del Giordano, di ernia otturatoria dell'appendice non ha trovato in tutta la letteratura che i casi di Payeu-Welsch, Zsigmondy, Nicaise, Bazy.

L'ernia appendicolare può essere anche congenita; anzi si è voluto spiegare la sua patogenesi con la sede che il cieco occupa nella vita fetale medialmente e sotto il fegato, dove può contrarre eventuali aderenze, per processi infiammatori circoscritti, col testicolo (Piersol) e col deferente (Kirmisson) i quali nella discesa trascinerebbero l'appendice vermiforme.

Questo meccanismo è stato largamente confutato e dimostrato impossibile per molteplici ragioni e in ogni modo non necessario per il verificarsi di tale ernia per la quale invece intervengono i fattori comuni alle altre ernie.

Ma l'appendicocele di solito è acquisito, e alla sua formazione concorrono cause intrinseche e cause estrinseche all'organo erniato. Tacendo le altre, la posizione iliaca inferiore del cieco, quella nella quale di solito si rinviene quest'organo in casi di appendicocele, è senza dubbio la più favorevole. Come cause estrinseche che possono intervenire nel determinismo di tale forma morbosa sono invocate le aderenze dell'appendice con altri visceri (ad es. l'epiploon, così frequentemente rinvenuto nelle ernie) o con il peritoneo parietale delle regioni erniabili. Nel nostro secondo caso, come vedremo, è da prendere in considerazione soltanto la notevole lunghezza dell'appendice, mentre il cieco era fisso nella sua sede normale.

Ora, volendo accennare all'appendicocele strozzato e alla sua evenienza possibile o meno, dobbiamo ricordare che quasi tutti gli autori sono d'accordo nel ritenere che l'appendice può strozzarsi, ma a patto che coesista nel sacco erniario un altro viscere (il cieco, un tratto del tenue, ad esempio) mentre reputano impossibile lo strozzamento di un appendicocele puro, isolato.

Largo contributo all'anatomia patologica e alla clinica dell'ernia appendicolare, sia inguinale che crurale, strozzata, hanno portato Rose, Sonnenburg, Guinard, Giordano, Iaia, Sprengel, Donati, Eccles, Luxardo, Quènu.

Le lesioni istologiche che si manifestano nell'appendice semplicemente strozzata concordano con quelle rinvenute nello strozzamento degli altri visceri. Si hanno anzitutto lesioni circolatorie, cui susseguono fatti degenerativi e su di essi infine possono impiantarsi fatti infiammatori.

Certo è molto difficile nei processi acuti stabilire se si tratti di appendicite erniaria o

di strozzamento dell'appendice. Considerando da un lato la difficoltà con la quale si possano concepire e ammettere nell'appendice variazioni diametrali di una certa entità e dall'altro invece la facilità con cui l'appendice va soggetta a processi infiammatori, la maggior parte degli autori ritiene che l'appendicite debba il più delle volte precedere lo strozzamento ed esserne la causa.

Arcoleo, Vincenzoni, Ceccherelli, Mariotti, Guinard sono d'avviso che più che uno strozzamento primitivo, bisogna ammettere uno strozzamento secondario consecutivo alla flogosi la quale, secondo Levy, per la reazione infiammatoria che induce, congestiona i tessuti viciniori, anelli erniari e colletto del sacco che si ispessiscono e l'appendice verrà necessariamente a strozzarsi.

Jaquemin a sua volta afferma che non si può paragonare l'appendice ad un tratto di tubo intestinale agli effetti del meccanismo dello strozzamento, poichè il secondo, contrariamente alla prima, per il suo contenuto di materiale gassoso e fecale che in esso circola, è suscettibile di cambiare di volume e di proporzione.

Nonostante tutto, la questione ancor oggi non è risolta, e, mentre vi sono di quelli che ammettono, se pure in rare occasioni, la possibilità dello strozzamento di un'ernia pura dell'appendice, per contro ve ne sono degli altri, e sono i più, i quali negano nel modo più assoluto questa evenienza.

C'è infine qualcuno che, come il Buonsanti, ritiene giusto considerare la differente costituzione dell'anello crurale (osteo-muscolare) da quello inguinale, poichè nei casi di ernia crurale vengono a verificarsi delle condizioni anatomiche del tutto speciali, atte a favorire lo strozzamento primitivo anche della sola appendice.

Il Pazzagli, riportato dal Buonsanti, riferendo su 31 ernie appendicolari, cita 4 casi di appendicocele primitivo strozzato, di cui 3 crurali, e con netta espressione anatomo-patologica. Il Martini ne riferisce 6 casi, tutti in sede crurale e in donne.

È vero che anche il Pazzagli, come il Comolli e il Meletti, è molto riservato nell'ammettere la possibilità di un appendicocele puro strozzato, ma non fino al punto da negare il giusto valore ai rilievi obbiettivi dei dati anatomo-patologici studiati.

La rarità dell'affezione, accoppiata alla difficoltà di trovare una adeguata spiegazione, un meccanismo patogenetico che soddisfino appieno lo spirito investigativo degli studiosi, sono i motivi principali che fanno restar sospesi anche quelli che forse avrebbero tutti i dati per affermare di essersi imbattuti qualche volta in un appendicocele puro strozzato.

Ma, infine, è proprio necessario, per spiegarci il meccanismo di strozzamento dell'appendice, paragonare questo organo a un tratto dell'intestino? Credo di no.

Paragoniamo invece l'appendice ad una frangia di omento, tanto più che ugualmente disposti a strozzarsi sembrano l'enterocele e l'epiplocele. Sono infatti di osservazione quotidiana le ernie strozzate nel cui sacco si rinviene soltanto omento il quale non ha nessuna cavità e, men che l'appendice, è soggetto a variazioni di forma e di dimensioni in condizioni normali. Per quale meccanismo si strozza l'omento quando è rinvenuto solo in un sacco erniario?

Un improvviso aumento di pressione endoaddominale può spingerlo attraverso il colletto del sacco in grazia della elasticità del colletto medesimo il quale, una volta tornato su se stesso, impedirà all'omento di ridursi, provocando anzi lo strozzamento. Alla stessa guisa un'appendice sana può essere violentemente proiettata dall'addome nel sacco di un'ernia attraverso un colletto per il quale essa passa a stento, a causa di un colpo di tosse, di uno starnuto, di uno sforzo fisico qualsiasi e, una volta pervenuta nel sacco attraverso l'incomoda strettura del colletto, incominciare a soffrire specie in quello che è la sua circolazione venosa: i fatti di stasi possono farsi sempre più gravi per ovvii motivi puramente meccanici, fino ad arrivare a gradi intensi di strozzamento che possono portare anche alla gangrena del vermio.

A questo punto, mentre credo che nella maggior parte dei casi può avvenire che una appendice primitivamente sana compresa in un sacco erniario ammali per proprio conto, all'infuori di qualsiasi strozzamento e che secondariamente, all'intervento, essa possa presentare tutti i caratteri obbiettivi per essere confusa con uno strozzamento primitivo, ritengo peraltro che, al lume delle considerazioni riferite, l'appendice erniata e sana possa qualche volta andare incontro a uno strozzamento primitivo ed in seguito a questo, e solo in seguito a questo, presentare quei fatti macroscopici che potrebbero farla ricondurre al quadro di una comune flogosi dell'appendice.

Con ciò abbiamo voluto significare che l'affermare e il dimostrare l'esistenza di una appendicite erniaria non danno diritto di ne-

gare a priori la possibilità dello strozzamento di un'appendice isolatamente erniata così come, d'altra parte, bisogna riconoscere che l'appendice erniata viene, per la sua sede angusta, per gli eventuali traumi su di essa esercitati specie in erniosi che portano il cinto, ad essere sottoposta ad insulti e può avere difficoltà di circolo e aderenze e inflessioni e ripiegature che, in definitiva, la portano facilmente a uno stato di infiammazione.

I fenomeni possono dunque sussistere entrambi; il secondo, molto più frequentemente riscontrato, non esclude necessariamente il primo, anche se più raro.

A parte i casi di appendicocele semplice, in cui la sintomatologia è del tutto identica a quella di una comune ernia (per quanto qualcuno affermi che a volte è possibile palpare un cordoncino teso che potrebbe metterci in sospetto per un'ernia dell'appendice), anche nei casi di appendicite erniaria e di ernia strozzata della sola appendice, il quadro clinico di solito non presenta, secondo i più, nulla di particolare. È stato dato un certo valore alla febbre presente nei casi di appendicite erniaria e assente per lo più, e in ogni modo appena accennata, nei casi di ernia strozzata. Ricordo però di avere visto non pochi operati nei quali, pur esistendo un'appendice acutamente ammalata e qualche volta anche perforata, non si era rinvenuto alcun rialzo termico.

Maggior valore invece mi pare possa avere il dolore vivo della parte irradiato in alto nell'addome (Buonsanti), nei casi di appendicite erniaria.

Altro segno di una certa importanza e non infrequente nell'ernia dell'appendice è la ritenzione urinaria che il Luxardo e il Buschi tentano di spiegare ammettendo un riflesso che partendo dall'appendice possa interessare il plesso vescicale con l'intermezzo del plesso pudendo.

Il Giordano ammise come causa occasionale un riflesso siero-sieroso ad azione contemporanea sull'appendice e sulla vescica.

In ogni modo questi sintomi, per nulla costanti, non hanno nulla di patognomonico: resta perciò scarso il corredo dei segni clinici distintivi sui quali ci si possa basare per una sicura diagnosi differenziale fra l'appendicite erniaria e la comune ernia strozzata.

In quanto alla cura, alcuni AA., come il Giordano, pensano che vada risparmiata una appendice sana; per contro altri, come il Donati, la sacrificano sistematicamente. Questo A. fa rilevare che le appendici erniate, anche quando sembrano sane macroscopicamente, microscopicamente presentano lesioni infiammatorie croniche le quali non possono essere riconosciute operatoriamente ma che, invece, possono essere causa di disturbi postoperatori.

Ora riferirò succintamente su due casi capitati alla nostra osservazione nell'Ospedale Civile di Aquila, i quali, specie il secondo, si prestano a qualche considerazione di ordine eziopatogenetico, clinico e operatorio.

CASO I. — E. P. di Giulio, di mesi 3, da Aquila.

La madre, da circa due mesi, ha notato ernia inguinale destra nel proprio bambino, ernia che è stata sempre facilmente e a volte spontaneamente riducibile, e non ha arrecato disturbi degni di nota al piccolo paziente.

Questi è portato in ospedale il giorno 8 marzo 1932 poichè l'ernia, nella notte precedente, è aumentata improvvisamente di volume, si è fatta tesa e irriducibile. A questi fatti locali sono seguiti meteorismo spiccato dell'addome, chiusura completa dell'alvo alle feci e ai gas e vomito che si è ripetuto più volte. Il bambino ha rifiutato le poppate ed ha trascorsa la notte in irrequieta insonnia, emettendo scarsa quantità di urina.

Questo stato si è protratto per tutta la mattinata susseguente finchè la mamma, visto che i fenomeni non cessavano e che anzi lo stato del bambino andava peggiorando, nelle prime ore del pomeriggio ha portato il piccolo infermo in ospedale, per le cure del caso.

All'esame obbiettivo, constatato normale lo stato dello sviluppo, della sanguificazione e della nutrizione, l'attenzione è subito richiamata da una grossa intumescenza che occupa tutto l'emiscroto destro. Essa non presenta ispettivamente le note caratteristiche dei processi infiammatori acuti. Alla palpazione non si rinviene edema della cute dello scroto, sottile e mobile sulla tumefazione la quale ha consistenza elastica, tesa, superficie pressochè uniformemente liscia, irriducibile, a suono nettamente timpanico. Detta tumefazione si continua e si perde nel canale inguinale.

Il testicolo è presente nello scroto, in basso e un poco posteriormente, non aumentato di volume, mobile rispetto alla massa. Addome diffusamente meteorico. La palpazione sia dell'addome, sia dell'ernia, non risveglia speciali dolori. Temperatura 36°,8. Polso 118.

Alle ore 15,30 si procede all'operazione. In narcosi eterea, incisi la cute, il sottocutaneo e l'aponeurosi del grande obliquo, si cade sul funicolo di cui si incide la fibrosa comune e si procede all'isolamento del sacco. Si incide il sacco fino al suo colletto compreso. In esso si rinvengono il cieco e l'appendice, iperemici in grado discreto: specie l'appendice la quale, all'infuori di questi rilievi, non mostra altri segni di sofferenze attuali o pregresse. Si esegue l'appendicectomia con le solite norme e si riduce il cieco in libera cavità peritoneale. Plastica del canale inguinale col metodo Bassini. Sutura dei piani superficiali in catgut e della cute con agraffes. Dopo un rialzo termico fino a 38°,5 durato tutto il giorno seguente alla operazione, il decorso post-operatorio

è normale. I punti cutanei vengono rimossi in quarta giornata. Guarigione per primam. In quinta giornata il piccolo paziente è dimesso guarito.

CASO II. — A. T. fu Felice, di anni 61, da Poggio Picenze.

Il paziente è portatore di ernia crurale destra, di modico volume, da circa tre anni. Non ha usato mai il cinto e non ha avuto mai alcun disturbo riferibile all'ernia, la quale gli ha sempre permesso di dedicarsi al suo abituale lavoro di contadino.

È stato sempre bene fino a tre giorni innanzi al suo ingresso in ospedale, quando cioè la tumefazione crurale, prima facilmente riducibile, si è fatta irriducibile.

Il paziente non ha attribuito grande importanza a questo fatto che gli ha consentito il lavoro il primo giorno del suo apparire. Il secondo giorno il paziente è restato in casa poichè la bozza erniaria era divenuta un po' dolente, ma non tanto peraltro da impedirgli di levarsi dal letto e di trascorrere la giornata senza altri notevoli disturbi. Al terzo giorno però il dolore si è fatto più vivo, e, mentre prima era localizzato soltanto sulla bozza erniaria, poi esso si è irradiato anche verso la fossa iliaca destra. L'alvo prima libero è poi aperto e solo scarsamente ai gas e il conseguente discreto meteorismo, ma più specialmente il vomito che si è manifestato nella terza giornata mantenendosi però ostinato, han fatto ritenere al paziente che il suo dolore crurale fosse il segno di una lesione di una certa importanza e l'hanno spinto a farsi ricoverare in ospedale dove entra il 24 settembre 1934 alle ore 17.

Il paziente nega qualsiasi malattia degna di nota e asserisce per contro di essere stato sempre in buona salute fino a tre giorni prima.

All'esame obbiettivo si nota che la tumefazione crurale, grande quanto un piccolo mandarino, non presenta segni ispettivi infiammatori. Alla palpazione sembra di apprezzare lieve edema del sottocutaneo. La tumefazione è dolente alla pressione digitale, di consistenza duro-elastica, a superficie pressochè uniformemente liscia, con corto peduncolo, spesso quasi quanto la tumefazione stessa, che si impianta e si perde sotto l'arcata inguinale, dentro l'anello crurale. Suono ottuso alla percussione. Addome un po' teso, dolente alla palpazione eseguita immediatamente al di sopra dell'arcata inguinale e verso il fianco destro. Temperatura 37°,2; polso 76. Si pone diagnosi di ernia crurale destra strozzata, a probabile contenuto omentale, e si procede d'urgenza all'intervento chirurgico. In narcosi eterea, con incisione parallela all'arcata inguinale dei piani superficiali, si isola il sacco erniario. Sbrigliato l'anello crurale, si incide il sacco fino sul suo colletto e in esso si rinviene, immersa in un liquido siero-emorragico, l'appendice in preda a cangrena. Essa, ripiegata su se stessa a canne di fucile, è contenuta nel sacco per i suoi segmenti medi, mentre la punta e la base risultano nella cavità addominale, separate dalla parte erniata da un solco evidente di strozzamento, corrispondente al colletto del sacco. La necrosi si estende alla punta e verso la base, fino a un centimetro circa dall'impianto sul cieco che non è possibile addurre in basso per eseguire l'appendicectomia. Qualche essudato fibrinoso riveste l'appendice. Data la fissità alta del ceco e per non creare condizioni difficili per una secondaria riparazione dell'ernia, si esegue l'appendicectomia attraverso un taglio pararettale inferiore destro di cui si esegue la sutura totale a strati. Per lo stato certamente infetto della regione, non si esegue una plastica dell'anello crurale: resecato il sacco erniario, nel suo colletto si pone un piccolo tampone di garza iodoformica ad occludere la porta erniaria. Decorso post-operatorio normale, con qualche lieve rialzo termico durante i primi due giorni. In quinta giornata furono rimossi i punti cutanei dell'incisione pararettale guarita per primam. La breccia crurale, dopo 18 giorni dall'intervento, era guarita anche essa, in ottimo stato di resistenza e di contenzione. Il paziente fu dimesso il 12 ottobre 1933, del tutto guarito.

Questi due casi dimostrano come l'ernia dell'appendice, nella nostra pratica, è stata rinvenuta nella prima infanzia nella stessa proporzione che nell'adulto, così come hanno dimostrato anche il Lionti e il Carisi e contraddicono l'affermazione con la quale il Souvage, Macquet, Bajardi e Mariotti reputano essere l'ernia dell'appendice più frequente dopo il terzo decennio di vita.

La predominanza dell'affezione nel lato destro del corpo, affermata dagli altri AA., ha avuto piena conferma nei nostri due casi i quali, peraltro, essendo uno inguinale e uno crurale, non hanno convalidato il prevalere dell'appendicocele in sede inguinale rispetto a quella in sede crurale.

Riferendoci ora al meccanismo di formazione dell'ernia appendicolare, nel primo caso è evidente l'anormale posizione bassa del cieco, assai mobile per meso lungo; ma nel secondo caso questa, che è la condizione più favorevole e più importante invocata a spiegare il verificarsi dell'appendicocele, manca in pieno, risultando il cieco alto posto, fisso fino a tal punto da non permettere l'appendicectomia per la breccia erniaria.

Abbiamo già detto che l'appendice era molto lunga (15 cm.) e che solo questa insolita lunghezza dell'appendice deve essere invocata a spiegare il suo erniarsi nel sacco crurale, dando così origine a un appendicocele puro, che noi abbiamo dichiarato anche strozzato.

Manchiamo nel primo e nel secondo caso di reperti istologici, ma sappiamo che essi non potrebbero illuminarci in modo preciso e indubbio sulla vera natura del primitivo processo patologico, flogosi o strozzamento. Ben più importante ci sembra il modo di istituzione della lesione che ha condotto il nostro secondo malato al tavolo operatorio, i sintomi clinici attraverso i quali l'affezione ha dato segno di sè.

Abbiamo visto che, come primo fenomeno, il paziente notò l'irriducibilità della sua ernia, tre giorni prima del suo ingresso in ospedale, senza peraltro avvertire nessun dolore, nè locale nè irradiato, tanto da poter trascorrere la giornata nelle sue abituali occupazioni di contadino. Basterebbe questo dato, credo, per poter ammettere senz'altro che, in questo caso, siamo di fronte allo strozzamento di un appendicocele puro e non di fronte ad una appendicite erniaria la quale ha tutto un altro esplodere ed un diverso e più rapido evolvere ma, soprattutto, ha una sintomatologia dolorosa ben più intensa che nel nostro paziente, il quale non l'ha per nulla avvertita per quasi due giorni.

Bisogna arrivare al terzo giorno dall'apparire dei primi sintomi perchè egli abbia il vomito, un po' di meteorismo e il dolore erniario irradiato anche alla fossa iliaca destra; laddove è noto invece che segno capitale della flogosi acuta dell'appendice, il quale non manca mai e che anzi è iniziale, è proprio il dolore. Manca dunque proprio quello dei segni che ci avrebbe con più probabilità degli altri parlato di un processo infiammatorio primitivo a carico dell'appendice erniata.

Ma, a parte ogni altra considerazione, il paziente, persona capace di un certo controllo di sè stesso, ci riferisce che innanzi tutto notò l'irriducibilità dell'ernia, cosa che tanto meno l'impressionò in quanto egli potette, ciononostante, recarsi a lavorare come al solito.

E non ebbe nemmeno febbre. Solo quando entrò in ospedale aveva 37°,2 di temperatura: ma esisteva già gangrena dell'appendice. L'alvo si mantenne aperto nei primi due giorni, poichè non era interrotto il circolo fecale: soltanto al terzo giorno esso si fece un po' torpido, forse in via riflessa. Se si fosse trattato di un'appendicite erniaria le cose sarebbero andate diversamente. con una sintomatologia dolorosa imponente e primitiva, con un rialzo termico notevole e l'appendice, in quelle speciali condizioni, si sarebbe presumibilmente perforata, con conseguenti complicanze settiche della regione erniaria.

Tutto dunque milita a favore di un appendicocele puro strozzato, nel determinismo del quale, oltre alla grande lunghezza, credo non sia senza importanza la ripiegatura dell'appendice a canne di fucile.

È facile immaginare i disturbi di circolo in tali condizioni, disturbi che hanno certamente contribuito all'istituirsi del quadro morboso.

Ora, da quanto abbiamo detto, un particolare risalta in modo speciale su tutti: il tardo apparire del dolore. Stimo pertanto che, in presenza di un reperto operatorio come quello fornitoci dal nostro secondo caso, il chirurgo, forte di questo dato, possa essere autorizzato a riportare le lesioni rinvenute a carico di un appendicocele puro non ad una flogosi, ma ad uno strozzamento primitivo del vermio erniato.

Ho riferito anche che, nel secondo caso, non potendo aggredire l'appendice attraverso la porta erniaria crurale, per la fissità alta del cieco, preferii praticare un taglio pararettale inferiore destro e attraverso di esso eseguire l'appendicectomia, piuttosto che ampliare la breccia erniaria di quanto fosse stato necessario per l'asportazione del vermio.

Così facendo è vero che mi fu necessario far passare il tratto di appendice erniaria attraverso la fossa iliaca destra, per averla sotto mano nell'altra incisione, ma è anche vero che la punta e porzione del tratto basale dell'appendice, in preda a gangrena, si trovavano già in cavo peritoneale. In ogni modo, anche se avessi seguito la via dell'ernia, per la posizione alta del ceco, non avrei potuto evitare manovre operatorie nella cavità peritoneale. Conservando invece nelle sue dimensioni originarie il foro erniario e in esso ponendo, come ultimo tempo operatorio, uno zaffo di garza, nel mentre provvedevo ad eventuale drenaggio di possibili raccolte endoperitoneali della regione, consentivo ad una chiusura per seconda della piccola breccia, chiusura che si stabilì rapida e solida.

RIASSUNTO.

L'A., fatta la storia dell'appendicocele, ricorda come esso possa andare incontro ad uno strozzamento primitivo, indipendentemente da fatti flogistici iniziali del vermio. Presenta due casi di appendicocele da lui operati: nel secondo, in cui la storia clinica fa rilevare l'insorgere assai tardivo del dolore, l'A. stima trattarsi dello strozzamento iniziale di un appendicocele puro e tenta di spiegarne la patogenesi.

BIBLIOGRAFIA.

1. ANCEL et CAVALLION. Journal de l'anat. et de la phisiol. normale et pathologique, 1907.
2. ASSON. *Memorie chirurgiche*, pag. 50. Venezia, Antonelli.
3. BAJARDI. Lo Sperimentale, anno XLIX, Sez. Chir., fasc. 17-18, 1895.
4. ID. La Clinica chirurgica, 1898.

5. Barth. Deutsche Zeitsch. f. Chirurg., 1902, Bd. LXIII, Hft. 2.
6. Beaumetz. Gazette des Hôpitaux, 1859.
7. Berard e Vignard. Ibid., 1912.
8. Bergmann. *Trattati di Chirurgia pratica.*
9. Bernard. Bulletin et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 1894.
10. Briegher. Arch. f. Klin. Chir., 1905, Bd. XLV.
11. Buschi. *I nervi dell'appendice vermiforme dell'uomo.* Bologna, Regia Tipog., 1905.
12. Cabaret. Journ. des connaissances medico-chirurgicales, 1842.
13. Calvini. Clinica Chir., 1904.
14. Cardazzo. Riv. delle Scienze Mediche, a. XXIV.
15. Carisi. Pathologica, 1923.
16. Id. Arch. It. di Chir., 1925, vol. XI.
17. Carrez. Lyon Médical, 1900.
18. Catterina. Policlinico, Sez. Prat., 1923, fasc. 21.
19. Cavallion e Lerich. Semaine Médicale, 1907.
20. Cernezzi. Clinica Chir., 1903.
21. Clado. Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris, 1892.
22. Dalla Rosa. *Rendiconto statistico del Reparto Chir. dell'Ospedale di Treviglio pel 1904.* Tip. Messaggi.
23. Della Valle. Policlinico, Sez. Prat., 1923.
24. Demoulin. Société de Chirurgie, 1904.
25. Donati. *Chirurgia dell'addome.* U.T.E.T., 1914.
26. Dupres. Clin. Bruxelles, 1912.
27. Fergusson. The Amer. Journ. of Medical Science, 1891.
28. Forgue. *Compendii di patologia chirurgica.*
29. Fournal. *De l'appendicocèle.* Thèse de Paris, 1906.
30. Galeazzi. La Clinica Chirurgica, 1899.
31. Giordano. *Manuale di medicina operatoria.* U.T.E.T., 1894.
32. Id. *Compendio di medicina operatoria.* U.T.E.T., 1911.
33. Id. *Chirurgia del cieco.* XXVI Congr. Soc. It. Chir., 1920.
34. Id. Annali it. di Chir., 1924.
35. Jaboulay e Patel. *Trattato di Chirurgia* di Le Dentu-Delbet, 1901.
36. Jacob. Société de Chirurgie de Lyon, 1908.
37. Iajia. Arch. e Atti della Soc. It. di Chir., vol. XIV.
38. Jonnesco. *Trattato di anatomia umana* di Poirier, Charpy, 1901.
39. Keetley. Berliner Klin. Wochenschrift, 1909, n. 5.
40. Liertz. Archiv f. Klin. Chir., 1909, Bd. 89.
41. Ligorio. La Clinica Moderna, 1902.
42. Lionti. Riforma Medica, 1914.
43. Losano et Ponce. Revue de Chirurgie, settembre 1909, pag. 568.
44. Luxardo. T.E.M., Treviglio, 1908.
45. Id. Congresso Sanit. Alta Italia, 1907.
46. Id. Tipogr. Messaggi, Treviglio, 1906.
47. Lusing K. Inaugural Dissertation, Rostock, 1907.
48. Mac Ewen. The Lancet, juni 16, 1906.
49. Mantelli. Il Policlinico, Sez. Chir., vol. XVII, 1910.
50. Id. La Clinica Chir., 1911.
51. Mariotti. Ibid., 1907.
52. Martino. Il Morgagni, parte I, n. 8-9, 1910.
53. Merlo. Thèse de Paris, 1902.
54. Moccia. Rivista Veneta Scienze Mediche, 1913.
55. Niedlich. Brun's Beiträge zur klinische Chirurgie, vol. 121, 1921.
56. Perondi. Policlinico, Sez. Chir., 1901.
57. Rivet. Thèse de Paris, 1894.
58. Robert. Ibid., 1906.
59. Rochard. *Les Hernies.* Paris, 1904.
60. Rolando. III Resoconto di atti operativi, oss. XC, pag. 38, Genova, Stab. Papini, 1906.
61. Ruggi e Nasi. *Trattato italiano di Chirurgia.* Milano.
62. Sauvage. Thèse de Paris, 1894.
63. Stecchi. Il Policlinico, Sez. prat., 1900.
64. Stenetson. The Lancet, juni 16, 1906, p. 1679.
65. Testut. *Trattato di anatomia umana descrittiva.*

Arcispedale del SS. Salvatore ad SS. SS.rum presso S. Giovanni in Laterano - Roma.

Reparto Chirurgico diretto dal prof. L. Urbani

Indicazioni e tecnica del taglio di Mc. Burney ampliato.

Dott. M. Margottini, chir. aiuto degli Ospedali

Recentemente H. Costantini e R. Marill (*Revue de Chirurgie*, n. 7, Juillet 1934) hanno descritto i vantaggi della dissociazione muscolare allargata nella chirurgia dei fianchi, specialmente per le operazioni sul colon.

Come loro non ho la pretesa di descrivere un'incisione originale, ma desidero portare un nuovo contributo in suo favore perchè essa a giudicare dalla letteratura è ancora adoperata troppo raramente.

Questo taglio infatti deriva direttamente dai metodi di Weir e di Doughty (H. A. Kelly e Hurdon: « The vermiform appendix and its diseases », 1905) per ampliare la incisione di Mc. Burney nei casi di appendicite complicata, modifiche correntemente applicate nel nostro ospedale e per le appendicectomie laboriose, e quando nel corso di queste operazioni si trovi l'indicazione ad asportare l'annesso destro.

Il taglio di Mc. Burney ampliato che sto per descrivere presenta soltanto lievi modifiche che riguardano l'incisione della cute e del grande obliquo, e il drenaggio.

Al tavolo operatorio viene data una piccola inclinazione di Trendelenburg e una lieve rotazione verso il lato opposto a quello in cui si opera.

L'incisione interessa la metà destra o sinistra della parete addominale anteriore e la sua metà superiore è diversamente orientata a seconda che si tratti di una operazione intraperitoneale o extra peritoneale.

Operazione intraperitoneale. — L'estremo superiore della incisione cutanea sta poco al di sotto dell'arcata costale sul prolungamento della linea papillare, l'estremo inferiore arriva quasi alla linea mediana a circa tre dita al di sopra del pube: questi due punti sono riuniti da un taglio arcuato a convessità esterna che passa a due dita all'interno della spina iliaca a. s.

Incisa la pelle e il sottocutaneo, si sezionano in alto il muscolo grande obliquo e in basso la sua aponeurosi, secondo la direzione delle fibre muscolari e dei fasci connettivali (fig. 1). Con

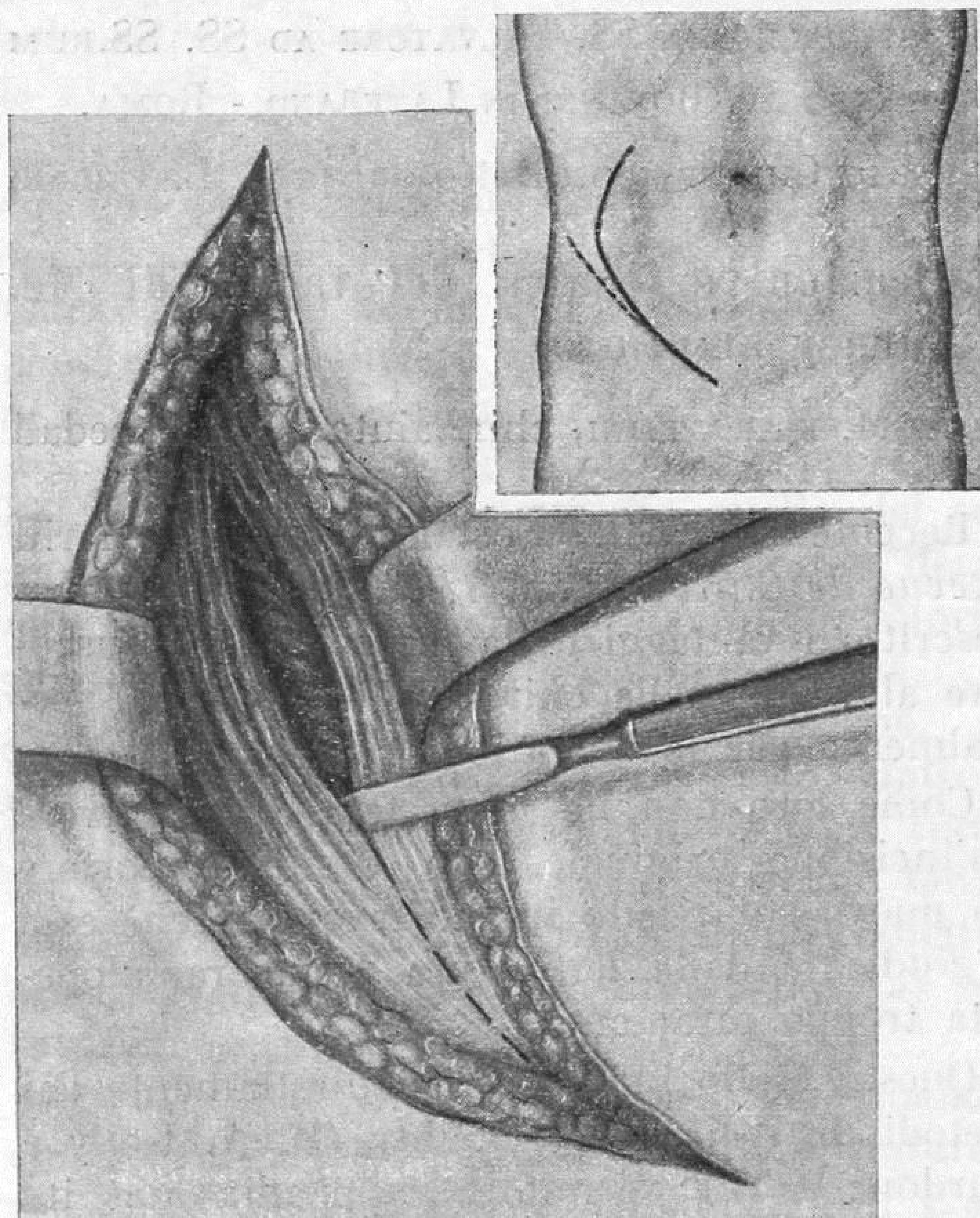


FIG. 1.

un tampone cucito si scollano i labbri di questa ferita all'esterno fino in vicinanza della spina iliaca a. s., e all'interno fino al punto dove l'aponeurosi del grande obliquo si unisce a quelle dei muscoli larghi sottostanti per formare la lamina anteriore della guaina del muscolo retto.

Appare così ampiamente esposto lo strato muscolare profondo formato dai muscoli p. obliquo e trasverso, le cui fibre vengono ad esso dissociate con una pinza anatomica e con le forbici chiuse poco al di sopra della spina iliaca.

Giunti sulla guaina del muscolo retto si pratica sul suo margine esterno un piccolo taglio verticale. I fasci del p. obliquo e del trasverso così liberati dalla loro inserzione mediale si possono allora divaricare fortemente in alto e in basso, mettendo allo scoperto grande parte del peritoneo della parete anteriore dell'addome (fig. 2).

Sezionata la sierosa verticalmente si applica in alto una valva di Fritsch e ai lati due valve di Mikulicz: si ha così una breccia amplissima che permette tutte le manovre sul colon destro o sinistro (fig. 3).

Se al divaricamento dei margini interno ed esterno si aggiunge la trazione sul labbro inferiore della ferita si possono esplorare facilmente gli organi pelvici.

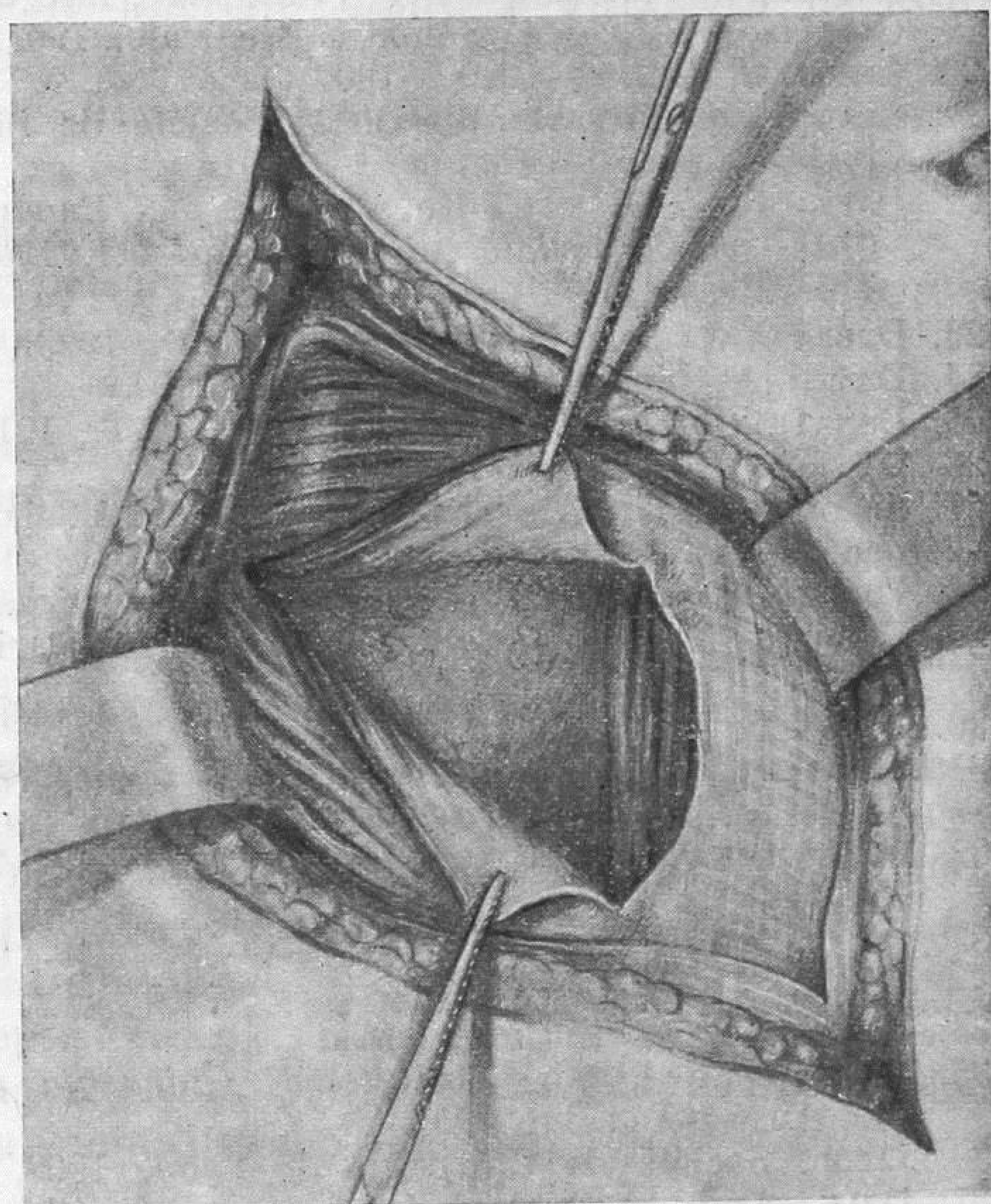


FIG. 2.

Eseguita l'emicolectomia destra o la resezione segmentaria del colon sinistro, e compiuta l'anastomosi termino terminale dell'intestino, si procede alla peritoneizzazione quanto più possibilmente accurata della zona scollata. In corrispondenza della parte alta dello spazio parieto colico, dove il peritoneo quasi mai è sufficiente per la sutura, si lascia un drenaggio formato da tre o quattro striscie di garza vaselinata e da un tubo di gomma bucherellato che si fanno uscire attraverso a una piccola incisione indipendente praticata nel fianco.

Poi si ricostituisce la parete a piani con punti di catgut, e si sutura la pelle con seta e agrafes.

L'applicazione del drenaggio è necessaria perchè evita la formazione di ematomi che

spesso suppurano, o l'insorgere di peritoniti. Nel caso di tumore infatti, i linfatici e i gangli contenuti nell'atmosfera cellulo-adiposa

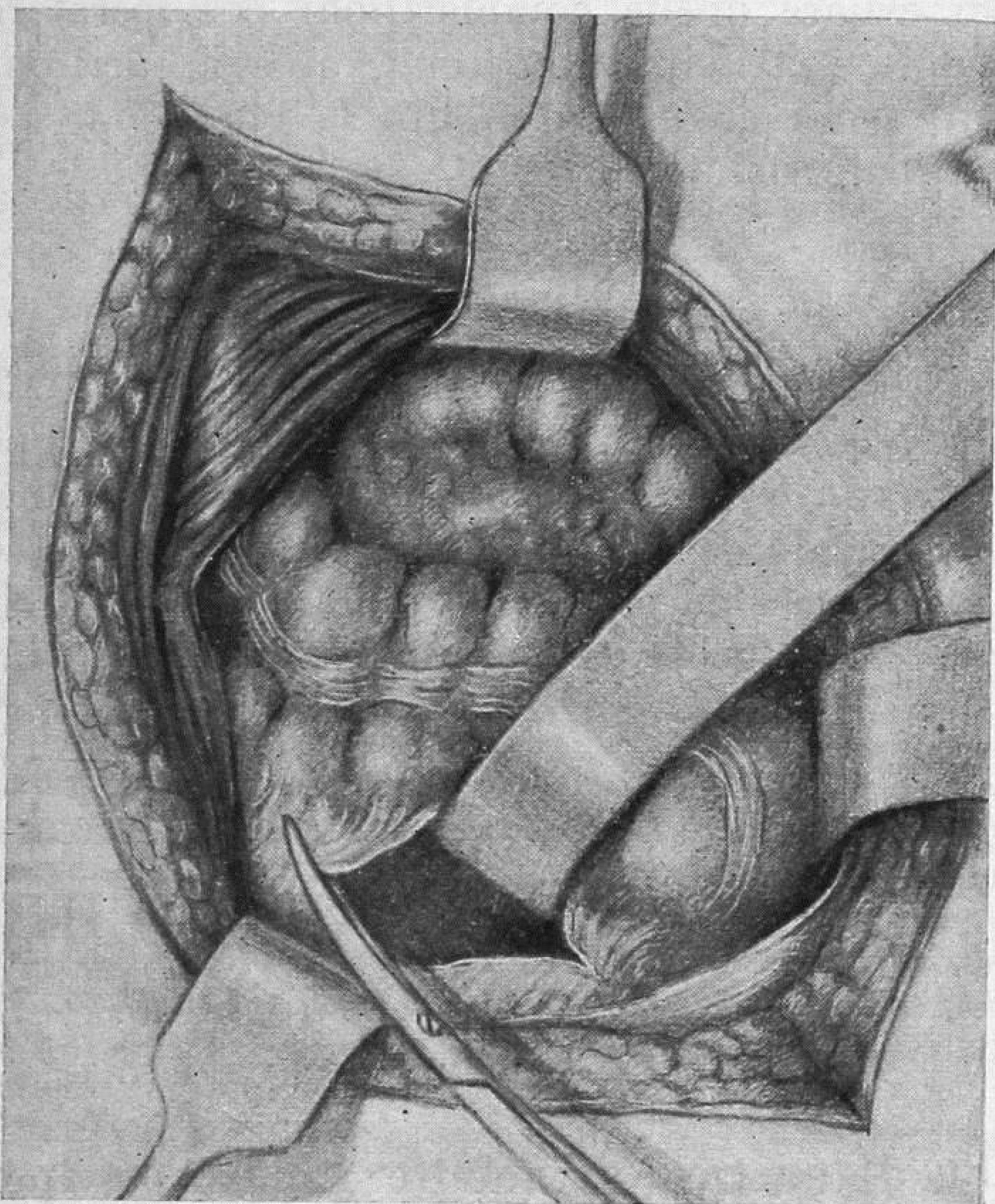


FIG. 3.

retrocolica se non sempre sono invasi dalle cellule neoplastiche, sono però costantemente infetti trattandosi di cancri aperti.

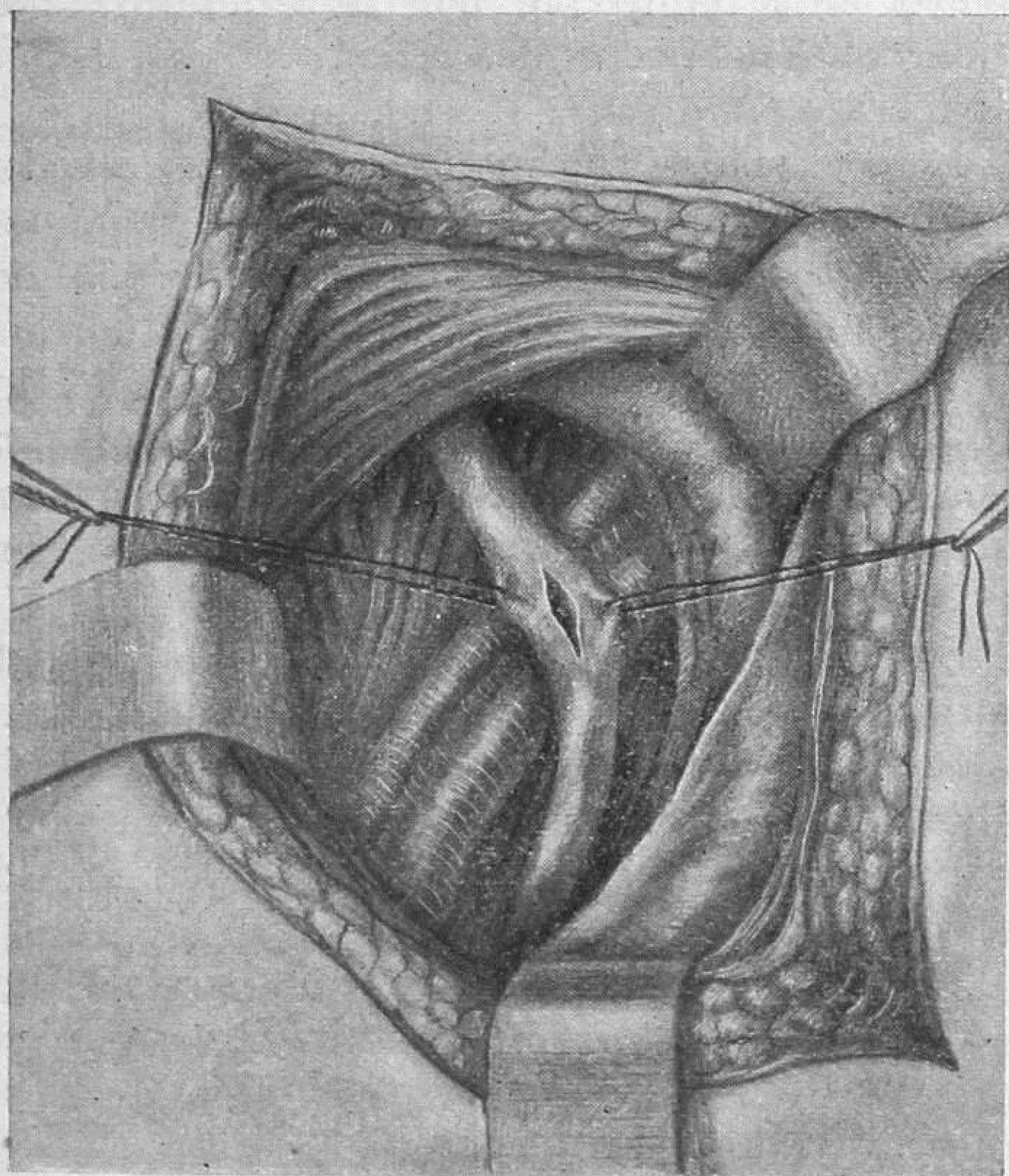


FIG. 4.

Operazione extraperitoneale. — L'incisione parte dall'arcata costale sull'ascellare anteriore e scende obliquamente in basso e verso l'interno per raggiungere quasi la linea mediana a tre dita sopra il pube: essa è perciò meno arcuata e più obliqua dell'altra (fig. 1). La sezione dei piani muscolo-aponeurotici è identica: una volta divaricate in alto o in basso le fibre del p. obliquo e del trasverso si esegue dall'esterno all'interno lo scollamento del sacco peritoneale, e mantenendo questo medialmente con due valve di Mikulicz si scopre quasi tutta la regione lombo-iliaca.

Se l'intervento è diretto sull'uretere riesce facile staccarlo dal peritoneo che esso ha seguito nello scollamento; è possibile così asportarlo fino in vicinanza del suo sbocco vescicale. Nel caso di calcolosi, passati due punti di catgut sottilissimo nello spessore della sua parete si incide l'uretere sopra il calcolo (fig. 4), ed estratto questo si sutura la piccola ferita.

Per fare la gangliectomia lombare bisogna spingere più medialmente lo scollamento del peritoneo, mobilizzare un poco la vena cava, o l'aorta e i vasi iliaci primitivi, in modo da scoprire bene la parte laterale della faccia anteriore dei corpi vertebrali con le arcate dello psoas (fig. 5).

Prima di ribattere al suo posto il sacco peritoneale, in corrispondenza della parte alta della fossa iliaca si mettono due striscie di garza vaselinata attorno a un tubo di gomma bucherellato che si fanno uscire da un piccolo taglio indipendente.

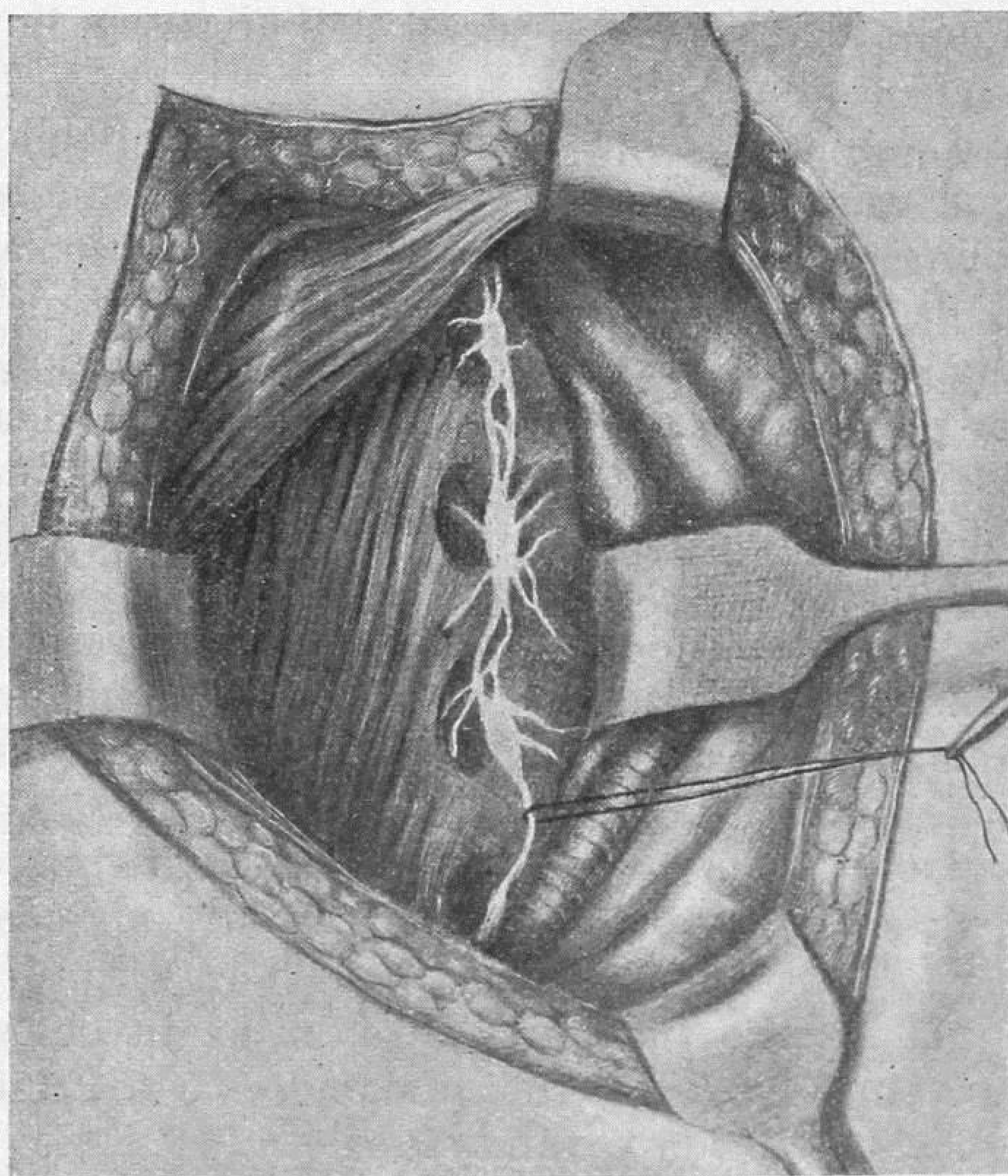


FIG. 5.

Il drenaggio retroperitoneale è utile perchè non di rado si forma un piccolo ematoma,

tanto più facilmente nella gangliectomia se nel corso della dissezione è stata lesa una delle vene lombari che spesso incrociano il tronco del simpatico. Poichè l'allacciatura di queste vene non sempre riesce, durante l'operazione si fa l'emostasi premendo su di esse con un tampone montato, ma a intervento ultimato l'emorragia può ripetersi.

In un caso di asportazione del simpatico lombare di sinistra in cui il drenaggio fatto con due sole striscie di garza fu tolto troppo precocemente (dopo 48 ore invece che gradualmente dal terzo al sesto giorno) la paziente ritornò in ospedale un mese dopo la sua dimissione, presentando in corrispondnza della fossa iliaca sinistra una grossa tumefazione durissima e a limiti indistinti, che scomparve lentamente dopo applicazioni calde locali.

Dal settembre 1933 questa incisione è stata usata complessivamente in 35 casi così ripartiti:

Tumori del colon sinistro	2
Poliposi del colon sinistro	1
Tumori del colon destro	6
Invaginazione ileocecale	2
Rottura traumatica del ceco	1
Fistola stercoracea del ceco (in un caso con prolasso del colon ascendente)	3
Tubercolosi cecale fistolizzata	1
Stasi ceco-colica ascendente	8
Gangliectomia lombare unilaterale	7
Asportazione di uretere tubercolare (fistola ureterale dopo nefrectomia per tubercolosi)	1
Calcolosi dell'uretere	3
	35

Personalmente l'ho adoperato in 4 gangliectomie lombari, in 2 calcoli dell'uretere e in 4 emicolectomie destre.

I vantaggi di questo taglio sono molteplici.

È anatomicamente perfetto perchè non seziona, ma soltanto dissocia le fibre muscolari della parete addominale; non lede i nervi giacchè ne segue quasi parallelamente la direzione; la piccola incisione del margine esterno della guaina del m. retto può interessare al massimo uno dei rami perforanti anteriori dell'XI o del XII nervo intercostale.

Allo stesso modo sono rispettati i vasi, si che in genere non si deve mettere che una sola legatura sulla vena sottocutanea addominale.

La ricostruzione della parete è facilissima, e poichè le sezioni dei vari piani oltre a rispettare l'integrità anatomica delle loro strutture, si incrociano l'una sull'altra, si ha in definitiva una cicatrice che malgrado la sua lunghezza è sottile e solidissima.

Dal punto di vista chirurgico con essa si ottiene una breccia che permette molto più facilmente dei tagli mediano o pararettale le varie manovre sugli organi intra o extra peritoneali della regione lombo-iliaca.

Il drenaggio indipendente infine, permette di evitare quelle complicazioni postoperatorie talora gravissime (ematomi, ascessi, peritoniti), senza disturbare affatto la guarigione per primam del taglio di Mc. Burney.

RIASSUNTO.

L'A. descrive la tecnica del taglio di Mc. Burney ampliato e sulla scorta dei casi operati con esso durante gli ultimi due anni nell'Ospedale di S. Giovanni; lo raccomanda come l'incisione più facile, più anatomica, e che dà la via più larga d'esplorazione nella chirurgia del colon destro e sinistro, dell'uretere e dei gangli lombari.

OSSERVAZIONI CLINICHE

POLICLINICO UMBERTO I
VIII PADIGLIONE - Prof. A. CARDUCCI.

Su di un caso di nefrite acuta con iperazotemia senza ipertensione.

Dott. GIUSEPPE FABRI, aiuto medico.

Il caso seguente osservato in Padiglione e seguito nella sua evoluzione ha fornito lo spunto su alcune considerazioni sulle quali riferirò brevemente, tanto più che la letteratura medica contiene poche descrizioni su casi isolati di iperazotemie senza ipertensione.

La coesistenza dell'ipertensione arteriosa con l'uremia è una conoscenza classica. Dopo Potain l'ipertensione arteriosa e l'ipertrofia del ventricolo sinistro fanno parte della sindrome rivelatrice dell'uremia. Tutti gli autori nei loro trattati classici nel corso dell'azotemia notano la costanzà quasi assoluta dell'ipertensione arteriosa, la sua assenza è considerata come una rarità clinica.

Sono stati descritti casi riguardanti malati affetti da nefrite cronica con azotemia alta e ipotensione arteriosa temporanea, nei quali lo abbassamento della pressione era in rapporto ad un indebolimento del cuore il più spesso; e, più raramente, a cause generali.

Il Widal esponendo le forme cliniche del « male di Bright » descrive con precisione gli aspetti differenti che possono presentare e ha osservato sindromi di azotemia pura isolata, dalle altre sindromi renali, dall'albuminuria, dall'ipertensione, dalla cloruremia.

Ma questo tipo clinico, in seguito venne considerato eccezionale.

André Weill nella sua tesi, dice che mettendo da parte i casi ove l'assenza dell'ipertensione era passeggera, o sembrava in rapporto con una complicazione cardiaca (debolezza cardiaca, pericardite) su 85 casi solo in un caso ha notato l'assenza dell'ipertrofia di cuore e dell'ipertensione arteriosa.

Nel caso presente si tratta di un'uremia acuta. È in meno di venti giorni che il processo si è svolto nella nostra malata, nel corso di una salute in apparenza perfetta.

O. I., di anni 23, maritata, donna di casa. Entra in Padiglione il 7-12-1933.

Dice di essersi ammalata 8 giorni prima con febbre, non preceduta da brivido, piuttosto alta, e dolori alla regione lombare sinistra; orine piuttosto cariche e in minor quantità. Il giorno seguente ebbe vomito che in seguito diventò più frequente, accompagnato da astenia intensa, senso di affanno e dolori alla testa ai più leggeri sforzi. La febbre dopo 5 giorni scomparve. Da due giorni le orine sono notevolmente diminuite e per il persistere e l'aggravarsi dei fenomeni descritti chiede ricovero.

Nulla nel gentilizio; la paziente è nata a termine da parto normale. Allattamento materno. Mestruata a 14 anni, mestruazioni in seguito sempre regolari. Nel 1931 soffrì di cistite acuta che ebbe la durata di 8 giorni e che guarì completamente con cartine di urotropina. Non ricorda altre malattie. Il 30-10-1933 contrasse matrimonio con uomo sano.

E. O. Condizioni generali depresse, sensorio leggermente obnubilato, decubito preferito supino, stato di nutrizione e sanguificazione buono, cute roseo pallida, senza cicatrici nè eruzioni, mucose visibili pallide, pannicolo adiposo scarso senza edemi; indenne l'apparato linfoglandolare, muscolatura bene sviluppata, ipotonica; nulla a carico delle ossa e delle articolazioni.

Temperatura afebbrile al momento dell'esame, polso 82; respirazione 28.

Pupille isocoriche reagenti alla luce e all'accomodazione; dentatura sana; lingua bene protusa impaniata, secca; secchezza di tutto il cavo orale; nulla al faringe; tonsille criptate.

Torace: bene conformato, simmetrico, si espande ugualmente d'ambo i lati, non punti dolenti, cucullari trofici. Il fremito pettorale bene trasmesso. Nulla si pone in evidenza alla percussione e all'ascoltazione.

Cuore: itto della punta non visibile nè palpabile, non si palpano fremiti, con la percussione la punta si delimita al IV spazio intercostale all'interno dell'emiclaveare, limite superiore sinistro della piccola area al margine superiore della IV costola, a destra nei limiti, all'ascoltazione toni netti su tutti i focolai

Non si raggiunge l'aorta al giugulo; normali i confini dell'aia dei grossi vasi; polso radiale ritmico, di media ampiezza, pressione leggermente diminuita.

Addome: forma e volume normale; cicatrice ombelicale infossata, pareti trattabili, non punti dolenti, non si palpano tumefazioni abnormi, non segni di liquido libero.

Gli organi ipocondriaci nei limiti.

Nulla all'ispezione delle regioni lombari. Dolente il punto costo-lombare sinistro. Giordano negativo. Si palpa il polo inferiore del rene sinistro, dolente.

Esame ginecologico e rettale negativo.

Nulla a carico del sistema nervoso.

Esame urine. Reazione acida, peso specifico 1013, albumina presente 2 ‰, glucosio assente, urobilina assente, pigmenti biliari assenti, muco pus presente, urea 10,22 per mille, cloruri 4 per mille; sedimento: molte emazie, qualche cilindro ialino granuloso, molti leucociti alcuni disfatti.

Esame di sangue: emazie 3.500.000; leucociti 8000 (neutrofili 74 %; linfociti 12 %, monociti 14 %).

Pressione arteriosa massima 125, minima 65.

Glicemia 1,96 per mille, azotemia 2,17 per mille. Oscill. cloruremia 5,03 per mille. Colesterinemia 2,50 per mille.

R. W. del sangue negativa.

Esame radioscopico del torace negativo.

La radiografia dell'apparato urinario negativa per presenza di calcoli. Le ombre renali normali per forma e sede.

In base all'anamnesi e all'esame clinico si pose la diagnosi « pielite sinistra, nefrite bilaterale, uremia ».

Il giorno 8 e 9 fu posta la malata a riposo assoluto, dieta liquida, le furono praticate due ipodermoclisi di siero fisiologico e iniezioni eccitanti. Le condizioni si mantennero inalterate, sempre gravi; il vomito un po' diminuito.

Il giorno 10 emette circa 600 cc. di urine con peso specifico di 1010. L'azotemia 5,38 per mille. L'esame del fondo dell'occhio negativo. Il vomito persiste.

Il giorno 11 emette 800 cc. di urina, peso specifico 1010, l'azotemia 6,39 per mille, pressione massima 140, minima 80.

Il giorno 12 le urine in quantità di 900 cc. con peso specifico di 1011. L'azotemia 5,71 per mille. Il vomito è cessato. Terapia idem.

Nei giorni dal 13 al 23 le condizioni generali erano un po' migliorate, la malata un po' più sollevata, il sensorio più lucido. Le orine in media 1000-1200 cc. con peso specifico 1010-12. Albumina presente 1 per mille; nel sedimento: numerose emazie, qualche leucocito, qualche cilindro ialino granuloso. Cloruri 5 per mille. Urea 15.648 per mille. L'azotemia si mantenne sempre elevata: 5,24 per mille, 5,47 per mille, 4,45 per mille, 3,97 per mille; 4,30 per mille, 4,70 per mille, 4,95 per mille. La pressione massima 130, minima 80. La rachicentesi dava un liquor chiaro a pressione leggermente aumentata: l'azoto 3,91 per mille, la R. W. negativa.

Il giorno 24 le condizioni peggiorarono; ebbe abbondante epistassi, l'azotemia aumentò a 5,60 per mille, il polso 132 piccolo compressibile.

Il 25 e 26 emise in media 300 cc. di urine con peso specifico 1010. Azotemia fu di 5,85 per mille e 6,52 per mille; la cloruremia 5,83 per mille; la riserva alcalina praticata contemporaneamente dava i seguenti valori: 42 % (Van Slyke). Il giorno 27 il sensorio si obnubilò, non rispose più alle domande rivoltegli, non orinò affatto; l'azotemia 6,80 per mille.

Il giorno 28 a mattina venne a morte.

Venne praticata l'autopsia.

Ambedue i reni erano aumentati di volume e leggermente diminuiti di consistenza, facilmente scapsulabili. Superficie esterna liscia di colorito grigio-scuro, picchiettato di aree di colorito rosso-fosco. Alla superficie di taglio il limite tra corticale e midollare netto. Il disegno della corticale confuso, i rami midollari imbibiti di liquido per edema; i glomeruli sono poco visibili e nei tratti ove sono riconoscibili spiccano come punti grigiastri. All'esame istologico: si nota un ispessimento della capsula di Bowmann, una congestione diffusa del reticolo capillare, reazione interstiziale. In alcuni glomeruli si nota anche una trombosi dell'arteria afferente. A parte le lesioni cadaveriche, nei tuboli contorti e nei canali escretori uno stato vacuolare e granuloso del citoplasma. Non si notavano cilindri intra-canicolari. Tra i tuboli la reazione infiammatoria si metteva in evidenza con abbondanza di globuli rossi e di polinucleari.

Si trattava essenzialmente di una nefrite subacuta.

A carico delle glandole surrenali si notavano diffusi focolai emorragici interstiziali, blocchi di pigmento in via di trasformazione. Questa la prova che le emorragie datavano da più giorni prima della morte. Si notava anche una congestione delle vene surrenali, non si notava reazione flogistica della parete vasale o del tessuto interstiziale.

Nel resto dell'autopsia si notava aorta ipoplasica, cuore non ipertrofico, edema dei polmoni; fegato e milza da stasi recente.

Questa in forma schematica il caso.

Malgrado la sua apparente semplicità, però l'interpretazione diagnostica urtava contro una serie di difficoltà inerenti alle contraddizioni offerte dalla sua sintomatologia e che possono essere così riassunte: un processo di nefrite subacuta in cui ad una azotemia alta non facevano riscontro gli altri fenomeni che ad esso di solito si accompagnano. Tra questi non colpiva tanto la esiguità o addirittura la mancanza di edemi, compatibilissima con una alterazione prevalentemente glomerulare, quanto la stridente discordanza tra l'iperazotemia e l'ipostenuria, quale, per restare nel campo delle nefropatie genuine, non si riscontra che in gradi più elevati di nefrosclerosi, e la mancanza degli altri dati che di solito a questa fanno coro, e con essa sono in intimo rapporto patogenico quali, l'ipertesione arteriosa, l'ipertrofia cardiaca, la retinite albuminurica, ecc.

L'ammissione di una forma comune di glomerulo nefrite cronica urtava contro questo ostacolo insormontabile; lo stesso poteva dirsi per la glomerulo ipostenuria e per la nefrosi del cui quadro questa ultima non fa parte.

La cloruremia più volte eseguita ha dato sempre cifre normali, non si poteva pensare perciò al tipo di azotemie, che in questi tempi si è andata delineando « l'azotemia cloropenica », espressione di un turbato equilibrio fisico-chimico del sangue, suscettibile di essere beneficamente influenzata correggendo queste alterazioni umorali.

In queste cloropenie reali, non apparenti, caratterizzate da una diminuzione di cloro plasmatico e del cloro globulare, da una riserva alcalina alta (espressione di uno strato di alcalosi) e della costante presenza di un meccanismo extrarenale capace di spiegare la brusca carenza di cloro nell'organismo (vomito, diar ree profuse, ecc.) è stato rilevato un concomitante aumento dell'azoto nel sangue, che può raggiungere delle cifre assai elevate, pur non esistendo i segni clinici e funzionali di una nefropatia pregressa o in atto. Come sopra ho detto reclorurando i malati si ottiene un miglioramento costante del quadro clinico.

In queste forme vi è assenza dei fenomeni cardio vascolari.

Senza dubbio il quesito non era di facile risoluzione e ci indusse a cercare in altra forma morbosa la spiegazione della sua patogenesi.

Occorreva in primo tempo cercare la spiegazione del notevole aumento dell'azoto nel sangue.

È evidente che sono le lesioni acute e croniche dei reni che in primo luogo provocano un'azotemia che si può chiamare « di base ». Ma, a questa azotemia fondamentale, molto spesso si può aggiungere la presenza di quelle che Castaigne ha chiamato « azotémies par surcroit », cioè un eccesso di urea di origine extra renale, che possono sorpassare la prima per la loro importanza.

Se si considera il tasso dell'urea sanguigna nella nostra malata, vediamo che in 48 ore passa da gr. 2,17 a gr. 5,38; si capisce come la ritenzione da sè sola non possa provocare un aumento così forte. Pure ammettendo che i tre quarti dei tessuti dell'organismo possono essere impregnati di urea con lo stesso tasso del sangue, la malata in questione pesando 60 chili, si può calcolare che avrebbe dovuto produrre in questi due giorni 144 gr. di urea ossia 72 gr. al giorno, senza comprendervi la quantità non indifferente, che giornalmente era stata eliminata con le orine. Si capisce bene, che in tali condizioni l'urea così prodotta non era stata apportata dalla alimentazione leggera; si doveva così concludere che era appunto l'organismo che la forniva con la disassimilazione delle sue sostanze azotate.

Questo è il meccanismo per cui si produce più frequentemente gli aumenti bruschi di

azotemia nel periodo terminale di nefriti croniche.

Giraud nella sua tesi sulle ritenzioni azotate insiste su questo meccanismo e afferma che generalmente le forti ritenzioni di urea sono la conseguenza di una disintegrazione tissurale massiva.

La conoscenza di questi fatti può essere molto utile per la prognosi; quando, sotto l'influenza di una dieta idrica, malgrado la diuresi prodotta e malgrado l'assenza d'introduzione di corpi azotati, si vede l'azotemia crescere, allora si deve fare prognosi fatale.

Vi è poi, nel caso presente, come dimostrato anatomo-patologicamente, lesioni profonde a carico delle glandole surrenali. Castaigne e Caumerliac molto insistono sulle iperazotemie extrarenali dovute a una formazione esagerata di urea nelle alterazioni delle glandole a secrezione interna.

L'esistenza di urea sanguigna molto elevata nel morbo di Addison è stata segnalata da molti autori. La sua patogenesi ha suscitato un certo numero di lavori sperimentali, in particolare quelli di Porak e Chabanier, di Marshall e Davis. Questi Autori in differenti animali hanno praticato l'ablazione delle surrenali e hanno constatato regolarmente un notevole aumento dell'urea del sangue. Essi non credono ciò dovuto all'ipotensione o alle lesioni nervose sopraggiunte e che non bisogna pensare a un disturbo del metabolismo generale. Essi ammettono la secrezione, per mezzo della surrenale, di un ormone capace di eccitare la secrezione renale.

Darré nella sua tesi « sulle influenze delle alterazioni dei reni sulle glandole surrenali » ha concluso nelle sue ricerche sul coniglio che nel corso dell'uremia le glandole surrenali sono alterate. In un primo periodo si ha iperattività funzionale, si ha congestione e trasformazione spongiosa della zona fascicolata che si mostra ripiena di lecitina; l'iperplasia nodulare della corticale rivela questa iperattività. In un secondo periodo si hanno emorragie abbondanti, spesso massive, e degenerazione grassa delle cellule spongiose.

Ci potremmo in questo modo spiegare anche la mancanza dell'ipertensione; sebbene sia ancora dibattuta la questione per quanto i surreni partecipino alla pressione sanguigna normale. Che i surreni abbiano parte nel mantenimento della pressione sanguigna sembra risultare dalle considerazioni di Bield. Secondo il suo calcolo vengono versate nel torrente circolatorio nelle 24 ore mgr. 4,3 di adrenalina. Orbene con un mgr. di adrenalina sotto cute generalmente si mantiene alta la pressione per più di un'ora. Se pertanto un mgr. può levare la pressione per più di un'ora non si capirebbe perchè un 24esimo di 4,3 mgr. di adrenalina non possa avere una certa influenza sulla pressione sanguigna.

Che le ghiandole surrenali fossero profondamente alterate lo dimostra anche l'aumento di colesterina nel sangue. Si sa infatti che dopo l'asportazione dei surreni si produce una spiccata ipercolesterinemia, che va molto al di là dei limiti fisiologici. La corteccia della surrenale è molto ricca di colesterina. I rapporti col ricambio di essa sono stati molto studiati in questi tempi. Chauffard ammette che la colesterina venga formata nella corteccia surrenale e che questa regolerebbe il tasso di colesterina del sangue.

Si può dunque concludere che la glandola surrenale ha funzione antitossica per la difesa dell'organismo contro i veleni dell'uremia.

Infatti è ormai assodato che le nefropatie tanto vascolari che epiteliali non rappresentano malattie esclusivamente renali, ma affezioni spesse volte sistemiche alle quali partecipano oltre ai vasi renali, i capillari di tutto il resto dell'organismo; od affezioni costituzionali generali, che si manifestano con alterazioni chimiche o chimico-fisiche dei colloidi organici (alterazione del metabolismo dei proteidi e dei grassi, aumento della colesterina nella nefrosi genuina). Agenti infettivi e momenti costituzionali agiscono contemporaneamente sui diversi tessuti determinando quei fattori extra renali che non poca importanza hanno nel determinismo di buona parte delle manifestazioni cliniche delle nefropatie.

Dall'esposizione del caso precedente possono trarsi le seguenti conclusioni:

Si tratta di una nefrite acuta con iperazotemia senza gli altri fenomeni che ad una azotemia alta si accompagnano.

Ritengo che l'assenza di questi dati che con essa sono in intimo rapporto patogenetico, debba attribuirsi alla presenza delle diffuse emorragie delle capsule surrenali. Ritengo pure che gli alti valori dell'azotemia debbano considerarsi come segni di azotemia di ricchezza e mantenuti dalle profonde alterazioni delle capsule stesse, che come si sa hanno funzione antitossica per la difesa dell'organismo contro i veleni dell'uremia.

RIASSUNTO.

Riferisce un caso di nefrite acuta con iperazotemia senza ipertensione e senza gli altri fenomeni che a una azotemia alta si accompa-

gnano e ritiene che tali dati debbono essere in intimo rapporto patogenetico con le profonde alterazioni riscontrate a carico delle capsule surrenali.

Roma, novembre 1934.

BIBLIOGRAFIA.

AMBARD L. *Azotemia e cloropenia.* C. R. Séances de la Biologie, cap. CXII, n. 8, 1933.

BECHER E. *Le conseguenze della ritenzione dell'azoto ureico nell'organismo.* Deuts. med. Woch., 6 marzo 1929.

BERNARD. *Azione dell'azotemia sul tracciato termico delle malattie infettive.* Gaz. Méd. de France, n. 10, 1928.

CHABROU-PORIN. *L'uremia coleriforme.* Presse Méd., n. 92, 1933.

CASTAIGNE. *Azotemia e ipertensione.* Soc. Médicale française, 1921, n. 7.

CHABAUNIER. *Crisi d'iperazotemia. Suo meccanismo renale ecc.* Presse Méd., 1921, n. 51.

ISELIN A. *Un caso di iperazotemia da cloropenia.* Soc. des Chir. de Paris, 4 aprile 1930.

LEMIERRE-BERNARD. *Azotemia mortale con integrità anatomica dei reni.* Soc. Méd. d. Hôp., 13 giugno 1924.

SERIO F. *La componente extrarenale dell'iposteнuria nefritica.* Rif. Medica, n. 3, 1933.

RATHERY-HUDOLF. *Crisi di azotemia acuta recidivante, cloruri sanguigni e riserva alcalina.* Soc. Méd. d. Hôp. de Paris, 20 giugno 1932.

SUNTI E RASSEGNE.

FARMACOLOGIA E TERAPIA.

Principî generali della somministrazione dei sali d'oro.

(J. FORESTIER e A. CERTONCINY. *Paris Médical*, 22 giugno 1935).

Contrariamente a quanto aveva asserito Mölgaard, i sali d'oro non hanno valore specifico per la tubercolosi. Essi sono polivalenti e possono agire in tutte le malattie infettive croniche, le più svariate (streptococcie croniche, sifilide, pasteurellosi). Per quanto riguarda i reumatismi cronici, la loro azione è innegabile nelle poliartriti ad andamento infiammatorio, ma essa si osserva anche nelle artropatie infiammatorie a germe ben determinato, come nelle forme gonococciche.

L'azione elettiva dei sali d'oro si esplica quindi non sopra dei virus determinati, ma su meccanismi eziologici e patogenetici che si osservano in alcune affezioni subacute o croniche, specialmente quando il virus ha provocato lesioni organizzate del connettivo, del mesenchima, a tipo essudativo. Non sono le forme ad essudato intracavitario (pleurite sierosa, idrartrosi, ascite, ecc.) che meglio reagiscono ai sali d'oro. La lesione più sensibile alla crisoterapia è l'essudato intratissulare connettivale, sia esso nel polmone, attorno alla caverna giovane, nelle articolazioni, di cui la sinovia inspessita è in proliferazione oppure nel cellulare sottocutaneo, come nel lupus erithematodes.

Nei casi più antichi in cui, all'elemento essudativo organizzato, è succeduta la sclerosi cicatriziale, l'azione dei sali d'oro è meno brillante. Il che non toglie che, nei casi in cui coesistano, con le lesioni fibrose non influenzabili, altre essudative molto sensibili, possano ottenersi eccellenti risultati, quali li hanno avuti gli AA. in casi di vecchie poliartriti, che datavano da 10-20 anni.

In tutti questi casi, si è osservata una sedimentazione globulare molto accelerata, talvolta oltre 100 ed anche 120 ed una flocculazione alla resorcina molto elevata. Gli AA. pertanto ritengono che, nei reumatismi cronici, il trovare queste due reazioni deviate nel senso anzidetto è un buon indizio per il successo della crisoterapia.

Scarsi invece sono i risultati nel reumatismo articolare acuto. Soltanto si potrà sperare qualche successo quando il salicilato rimane inefficace, l'attacco si prolunga e le manifestazioni flussionarie mobili tendono a trasformarsi in inspessimenti ad andamento fibroso, ma di natura essudativa e, quindi, sensibile alla crisoterapia.

L'essenza ed il carattere delle affezioni subacute o croniche per le quali è consigliabile la crisoterapia ne comandano anche i principî di applicazione, troppo spesso misconosciuti dai medici che tendono maggiormente ad alleviare i sintomi che ad esercitare un'azione profonda sulla malattia. Accade così che, per esempio nei casi di poliartrite cronica, dopo una o due serie di iniezioni si tralasci la cura perchè il malato sta meglio. Concetto erroneo ed insufficiente per le malattie croniche, le quali non hanno alcuna tendenza spontanea alla guarigione, sicchè la guarigione non può essere che precaria e soggetta a ricadute. La crisoterapia non ha nessun valore sintomatico in queste malattie, ma ha un'azione di fondo sul meccanismo patologico ed il successo momentaneo non deve far perdere di vista la necessità di un trattamento prolungato.

I principî che governano la crisoterapia sono pertanto i seguenti:

1) Serie di iniezioni ripetute una o due volte la settimana, od anche tutti i giorni; dosi medie o piccole secondo la frequenza delle iniezioni; serie di piccola o media importanza in modo da evitare il limite di tolleranza e la comparsa di sintomi penosi. A tale riguardo, si deve osservare che i tubercolosi veri, con lesioni ulcero-caseose sopportano bene delle dosi elevate; mentre gli altri malati, specialmente i poliartritici cronici, gli spondilosici, ecc. sono molto più sensibili e manifestano più presto dei fenomeni d'intolleranza.

L'intervallo fra le serie non deve essere nè troppo lungo, nè troppo breve. In quest'ultimo

caso, potrebbe provocare degli incidenti di accumulo, spiegabili per la lenta eliminazione dei sali d'oro. Per la prima serie di allocrisina (a 10 cg. per settimana e g. 1,50 per serie) l'intervallo dovrebbe essere di 6-8 settimane.

2) Ogni qualvolta la malattia si accompagna a nette modificazioni sanguigne (accelerazione della sedimentazione globulare e della flocculazione alla resorcina) queste costituiscono un mezzo di controllo molto preciso sull'attività terapeutica dei sali d'oro. Certamente, queste prove non devono far dimenticare l'esame clinico dei malati ed, in caso di discordanza fra esami di laboratorio e quelli clinici, dare la decisione a questi ultimi. Spesso, gli esami di laboratorio hanno permesso di continuare la crisoterapia quando la guarigione clinica sembrava ottenuta. Si evitano così in molti casi delle recidive penose e di difficile guarigione, non infrequenti quando gli accennati controlli non sono stati fatti.

3) È assai raro che il medico sia consultato fin dall'inizio delle malattie croniche per le quali i sali d'oro possono essere efficaci. Il più spesso gli si presentano ad un periodo già avanzato della loro evoluzione, specialmente quando sono mancate le crisi acute. Non si deve quindi ritardare l'applicazione dei sali d'oro, in modo da impedire l'evoluzione verso forme fibrose.

Applicati a molte malattie croniche di natura infiammatoria, generalmente di origine infettiva, finora ritenute incurabili, i sali d'oro costituiscono un progresso terapeutico incontestabile, purchè il loro uso sia basato su una buona selezione dei casi e sui principî di applicazione stabiliti razionalmente, secondo la natura stessa delle affezioni. *fil.*

Vecchio e nuovo nella terapia del diabete mellito.

(W. Stepp. *Münch. med. Wschr.*, 16 agosto 1935).

Dopo avere accennato ai primi passi della terapia del diabete ed alla scoperta dell'insulina, l'A. illustra il trattamento del diabete secondo le moderne conoscenze. Il principio fondamentale della terapia pratica del diabete è quello del risparmio del pancreas, che si ottiene nel modo migliore col riposo a letto e con la forte limitazione dell'apporto di alimenti: in un diabetico fortemente dimagrito, che non può essere sottomesso ad un regime di ipoalimentazione, sarà necessario somministrare l'insulina. Prima di istituire un trattamento dietetico si dovrà stabilire se con un giorno di digiuno si può ottenere la scomparsa dello zucchero dalle urine: in caso negativo si somministrerà insulina, in caso positivo, se contemporaneamente si ha una diminuzione notevole della glicemia, si istituisce una dieta il cui valore energetico corrisponda al metabolismo basale secondo le tabelle di Benedict e Harris, con un aumento del 20 % e del 40 % rispettivamente se il diabetico è a riposo a letto o in camera, nel caso che non sia desiderabile iponutrire ulteriormente il p.

Se non si ricorre all'insulina bisogna dare larga parte ai grassi nell'alimentazione: ancora più difficili divengono le condizioni se bisogna aumentare l'apporto di calorie, come in un diabetico che esplichi vita attiva. Ma una dieta ricca di grassi non corrisponde al regime alimentare dell'Europa centrale e può urtare contro l'opposizione del p. Un'alimentazione basata prevalentemente sui grassi può essere ben tollerata a lungo sotto forma di dieta grasso-vegetariana (Petrén). La scoperta dell'insulina e la sua produzione su scala industriale ci ha fornito l'ormone attivo che, somministrato in dosi sufficienti, può condurre alla normalizzazione del ricambio. Ma come comportarsi se non si desidera soltanto istituire una terapia sostitutiva, ma migliorare la turba metabolica in quanto tale? Ricordiamo a tale proposito la cura di avena di v. Noorden, ideata originariamente per combattere l'acidosi, che portava ad un miglioramento della tolleranza degli idrati di carbonio: da essa hanno avuto origine le ricerche di Falta con la cura di farina e frutta. Molte voci si sono levate contro la forte partecipazione dei grassi nelle diete per diabetici: è stata così introdotta la dieta a base di albumina e di idrati di carbonio, con forte limitazione dei grassi, che anche usata per brevi periodi di tempo può condurre ad un mirabile miglioramento della tolleranza. Da ricordare anche l'alimentazione libera secondo Stolte, che può dare buoni risultati specie nei bambini, i quali scelgono prevalentemente idrati di carbonio. Rappresentano una controindicazione all'uso della dieta a base di albumina e di idrati di carbonio la gotta e l'ipertensione.

Per quanto riguarda la somministrazione di insulina, bisogna essere prudenti nei diabetici tubercolotici. In caso di gravi suppurazioni e specie di affezioni febbrili è necessario aumentare notevolmente le dosi. La gangrena diabetica sarà trattata con alte dosi di insulina e con bagni di acido carbonico. Donne affette da diabete anche grave possono rimanere incinte e sopportare la gravidanza, ma in tali casi è necessaria molta prudenza. Per il dosaggio dell'insulina si può calcolare all'incirca una unità per un grammo e mezzo di zucchero eliminato con l'urina: non bisogna contentarsi della scomparsa dello zucchero dalle urine, ma cercare di ottenere che la glicemia non superi i 160-180 mgr. %. Bisogna ricordare la possibilità di eventuali oscillazioni spontanee della tolleranza verso gli idrati di carbonio, specie in rapporto a perturbazioni atmosferiche. Una rara alterazione che si può riscontrare come conseguenza di ripetute iniezioni di insulina è rappresentata da accumuli di grasso, una par-

ticolare specie di lipodistrofia. Quanto alla sintalina, essa è sempre meno usata per l'azione sfavorevole sullo stomaco e sull'intestino.

In ultimo l'A. accenna agli intimi rapporti intercorrenti tra la vitamina B_1 ed il ricambio dei carboidrati. M. NUNBERG.

La sieroterapia della difterite.

(H. KLEINSCHMIDT. *Münch. Med. Woch.*, 19 luglio 1935).

L'A. si propone di giungere con chiare ed equilibrate considerazioni ad un giudizio sull'attività e sui limiti della sieroterapia antidifterica. Nel corso degli anni si è manifestata una variazione nel modo di manifestarsi della malattia, una vera patomorfosi della difterite: prima, metà dei bambini colpiti ammalava di difterite faringea e metà di crup, e dei casi mortali 2/3 si riferivano al crup ed 1/3 alla difterite faringea; dal 1926 questi rapporti si sono invertiti. La patomorfosi della difterite modifica anche il problema terapeutico: è infatti oramai ben accertato che la sieroterapia impedisce quasi sempre l'estensione del processo difterico dalle fauci al laringe: questo non è però oggi un evento frequente come una volta. Col trattamento serico una percentuale assai maggiore di bambini affetti da stenosi differica sfugge all'intervento chirurgico e la mortalità dei casi operati è notevolmente diminuita. Per quanto riguarda la difterite faringea si può dire che per lo più il processo locale si arresta dopo l'iniezione di siero: vi sono dei casi però in cui il processo continua a progredire nonostante la sieroterapia (difterite tossica): a questo proposito bisogna ricordare che il siero antidifterico non rappresenta un vero mezzo di cura, ma piuttosto un mezzo di protezione, sia rispetto all'estendersi del processo nel faringe ed al laringe, che all'ulteriore assorbimento di tossina nell'organismo. Che anche quest'ultima azione del siero sia reale lo dimostra il fatto che tanto minore è la mortalità, quanto più precocemente si istituisce la sieroterapia.

Anche nelle paralisi post-difteriche si può dimostrare per lo più che la sieroterapia o non è stata praticata o lo è stata in dosi insufficienti: quanto più precocemente viene iniettato il siero, tanto più rara è la paralisi: similmente si comportano le manifestazioni a carico del cuore. La mortalità per difterite è diminuita dall'epoca dell'introduzione della sieroterapia: tale diminuzione è in gran parte effetto della terapia specifica. Per quanto riguarda l'uso di alte dosi di siero, esperienze sugli animali ed osservazioni sull'uomo dimostrano l'inutilità di un forte aumento delle dosi. Ci si è chiesto pure quanto nella sieroterapia sia dovuto al siero e quanto all'antitossina: si può dire che tutto ciò che è espressione dell'azione profilattica del siero curativo non si può ottenere col siero normale di cavallo, al quale però non si può negare una certa azione curativa, la quale di per sè è insufficiente e si manifesta solo in unione all'antitossina attraverso un aumento delle forze naturali di difesa dell'organismo. La possibilità di accidenti anafilattici, in genere non gravi ed in parte evitabili, non diminuisce l'obbligo dell'uso del siero curativo.

L'iniezione precoce è la condizione necessaria perchè il siero possa esplicare la sua azione: per questo è necessaria una diagnosi precoce; ma non bisogna attendere la dimostrazione dell'agente patogeno: l'iniezione di siero deve essere praticata al primo serio sospetto di difterite. Nei casi di difterite tossica non si può parlare di insuccesso del siero curativo, poichè esso non può dare più di quello che la sua natura gli consente. M. NUNBERG.

Il trattamento della malaria.

(G. PITTALUGA. *Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg.*, n. 7, luglio 1935).

Recente è l'introduzione in terapia di due medicamenti sintetici, che in determinati casi e per determinati scopi possono rinforzare e completare l'azione del chinino. L'atebrina (alla dose di gr. 0,1 ripetuta tre volte al giorno) è più attiva del chinino nel trattamento dell'attacco acuto primitivo di malaria tropicale, mentre ha un'attività equivalente all'incirca a quella del chinino nella terzana benigna. L'atebrina non ha che un'azione debole sui gametociti e nulla sulle semilune della terzana maligna. La plasmochina invece è straordinariamente attiva verso i gametociti e le semilune in ispecie, mentre poco spiccati sono i suoi effetti antiparassitari sugli schizonti. È sembrato quindi logico combinare i due medicamenti, somministrando per 5-8 gg. l'atebrina alla dose media giornaliera di 30 ctgr. e quindi per 5-8 gg. la plasmochina (o la chinoplasmina), alla dose media giornaliera di 2-4 ctgr.; in caso di recidiva è consigliabile sostituire l'atebrina con il chinino o viceversa e somministrare quindi nuovamente plasmochina.

L'arsenico rinforza l'azione del chinino nella malaria: l'effetto parassitotropo dell'arsenico è nullo: esso agisce invece stimolando le forze di difesa dell'organismo e dei tessuti, in conseguenza del suo organotropismo. Quindi al trattamento con atebrina-plasmochina si dovrebbe far seguire dopo una settimana per 14 giorni la somministrazione di chinostovarsolo o di altra combinazione di chinino ed arsenico.

Quanto al bleu di metilene, la sua azione antiparassitaria alle dosi usuali è nulla e può servire soltanto a dimostrare con la colorazione delle urine il riassorbimento del chinino.

Il trattamento per os ha una indiscutibile

superiorità su quello parenterale, che deve essere riservato solo ai casi gravi ipertossici.

Utile invece è la somministrazione parenterale di adrenalina per rinforzare l'azione del chinino o dei suoi sostituti e per combattere l'astenia.

M. NUNBERG.

Il meccanismo d'azione della terapia infettiva e piretogena.

(WAGNER-JAUREGG. *Klinische Wochenschrift*, 6 aprile 1935).

Il meccanismo di azione delle alte temperature e delle infezioni provocate nella cura delle malattie del sistema nervoso centrale è sempre discusso.

I dati sperimentali farebbero ritenere che gli spirocheti inoculati in animali, la cui temperatura viene elevata o con il riscaldamento diretto o con la corrente ad alta frequenza, vengono rapidamente distrutti.

Ma è stato giustamente obiettato che con la malaria inoculata non si raggiungono mai le temperature ottenute con i mezzi su accennati, e che d'altra parte si tratta di spirocheti differenti in quanto quelli della paralisi progressiva resistono al trattamento antisifilitico ordinario. Tuttavia al riguardo bisogna tener presente le osservazioni di Neymann, il quale trattò 544 casi di paralisi progressiva con la radiotermia e la diatermia ottenendo una completa remissione nel 30 %. In base a questi risultati il Neymann sostenne la teoria che nella malarioterapia solo l'alta temperatura è il fattore efficiente. Una tale opinione però non è generalmente accettata.

Il comportamento dello spirochete nel cervello dei paralitici sottoposti alla malarioterapia è ancora dubbio. Alcuni autori ne hanno constatato la scomparsa, altri la persistenza negli individui morti durante o subito dopo il trattamento.

Ma tali reperti in un senso o nell'altro non hanno valore dimostrativo. Maggiore interesse avrebbe l'accertamento della persistenza o scomparsa dello spirochete nel cervello durante le fasi di remissione a seguito della malarioterapia. Purtroppo le ricerche in tale senso non sono facili potendosi procedere ai necessari esami solo in caso di morte per malattia intercorrente sopravvenuta nella fase di remissione. Al riguardo si è potuto solo rilevare che la reazione di Wassermann persiste per lungo tempo anche dopo la remissione o la guarigione clinica della sindrome paralitica.

È da supporre che il cervello dei paralitici durante la remissione si comporti come nelle forme meningovasali della sifilide secondaria, quando cioè le reazioni biologiche del liquor sono positive senza che d'altra parte il parenchima cerebrale appaia direttamente leso dallo spirochete. L'analogia persiste anche ulteriormente: come nel periodo secondario l'intero sistema nervoso centrale (parenchima, meningi e vasi), talvolta anche senza cure, si libera dell'invasione spirochetica (reazioni del liquor negative), così anche nei paralitici malarizzati il sistema nervoso si libera dello spirochete senza ulteriore trattamento.

Certo non è facile dare una sicura dimostrazione di tutto ciò perchè quasi tutti i paralitici, dopo la malarioterapia subiscono cure specifiche più o meno intense. Ma White, Nicole e Fitzgerland hanno osservato che dopo 3-4 anni o poco più nel 60-70 % dei casi il liquido ritorna presso che normale. Ancora più dimostrative sono le osservazioni di Dattner. Su trenta casi di paralisi progressiva trattati solo con la malarioterapia e senza ulteriori cure antiluetiche, in nove ottenne una buona remissione e a distanza di sette anni il liquor perfettamente normale.

Tutto sommato si può ritenere che il sistema nervoso centrale a seguito della malarioterapia acquista in genere una capacità di resistenza verso la lue analoga a quella che ha normalmente nei sifilitici nel periodo secondario. Questa trasformazione del potere reattivo si estende in molti casi a tutto l'organismo o per lo meno a singoli organi, come è dimostrato dal fatto che in parecchi casi a seguito della malarioterapia compaiono formazioni gommose nella cute, nel periostio e negli organi interni, nonchè le reazioni cutanee che da negative diventano positive.

Dujardin considera questa modificazione come un ritorno alla reazione allergica verso l'infezione sifilitica al posto dello stato anergico che è caratteristico della paralisi progressiva.

L'inoculazione malarica agirebbe rinforzando i poteri di difesa dell'organismo contro lo spirochete e di resistenza verso i suoi prodotti tossici.

Dalle ricerche fatte sul siero e sul liquor di paralitici malarizzati si è potuta confermare la vecchia conoscenza che con le infezioni ed anche con i vaccini e le proteine viene accresciuto nel siero il contenuto di anticorpi specifici in esso già contenuti. Hof e Silberstein trovarono che l'indice opsonico nel siero e nel liquor per gli stafilococchi, gli streptococchi ed i coli aumenta durante la cura e rimane alto anche durante la remissione. Gallinek e Benvenuti rilevarono che gli spirocheti in contatto con il siero ed il liquor di paralitici malarizzati perdono la loro mobilità. Ma ciò non costituisce un criterio esatto per ritenere permanente il danno che subisce lo spirochete nell'organismo vivente, tanto più che Truffi, Dorant ed altri osservarono che gli spirocheti divenuti immobili nel siero o nel liquor non perdono la capacità d'infettare.

Comunque non si può misconoscere che la malarioterapia determina nell'organismo una

reazione di difesa contro gli spirocheti, ed allora vien fatto di domandarsi se la malaria non abbia il suo punto di attacco in quegli organi e tessuti dove si verifica la modificazione della reazione, e quindi, nel caso della paralisi progressiva, nel cervello.

Donath e Heilig ritengono che l'inoculazione della malaria provochi una reazione focale nel cervello dei paralitici. Nel liquor di questi malati la malaria determina un aumento di aminoacidi, indice di disintegrazione di albumine, che non provoca invece in altri individui con cervello intatto, come ad es. in tentativi di malarioterapia della gonorrea.

Sträussler e Koskinas nei cervelli di paralitici morti durante la malariaterapia trovarono notevoli segni di processi infiammatori e proliferativi, che interpretarono come una specie di flogosi curativa nel senso di Bier. Ed in effetti varie circostanze tendono a far ritenere che questi reperti non possano considerarsi accentuazioni e recrudescenze del processo paralitico, come si potrebbe obiettare, ma veri fenomeni reattivi di difesa suscitati dalla malaria. Questa interpretazione è confermata dal fatto che durante la malariaterapia in molti casi il numero delle cellule ed il contenuto in albumina nel liquor aumenta. Anzi Benvenuti considera questo fatto come un segno favorevole dell'azione della cura.

Marchionini rilevò che l'estratto di cervello adoperato invece dell'estratto di cuore dà quasi sempre una reazione positiva nel liquor dei paralitici e dei tabetici, mentre dà una reazione sempre negativa nella lues cerebri. Benvenuti ha praticato questa reazione prima e dopo la malariaterapia. Su 25 paralitici che prima della cura avevano nel liquor positiva la reazione con l'estratto di cervello, 10 la presentarono negativa dopo e furono proprio quelli che risentirono una influenza favorevole dalla malaria. La reazione con l'estratto di cuore rimase positiva in tutti e 25 i casi anche dopo la cura. Ciò proverebbe che la malaria induce delle modificazioni reattive per cui il quadro biologico della paralisi progressiva si trasforma in quello della sifilide cerebrale.

Ma la malaria non agisce esclusivamente sul sistema nervoso centrale, ma anche su altri organi e sistemi.

È da tempo conosciuta la speciale affinità che la malaria, più che altre infezioni, ha pel sistema reticoloendoteliale. L'eccitazione del sistema ematopoietico è provata dal fatto che durante l'incubazione della malaria si ha un notevole aumento del numero delle emazie che poi con la comparsa degli accessi febbrili diminuisce rapidamente fino a 2 milioni. W. Pruetsch ha dimostrato che nel corso della malaria si constatano alterazioni del sistema reticoloendoteliale e dell'intero complesso mesenchimale.

Questi processi sono considerati come reazioni di difesa contro la malaria. Ma è a ritenere che queste stesse reazioni valgano anche contro una preesistente infezione sifilitica, nella forma paralitica, non solo nel cervello ma in tutto l'organismo.

In effetti nel corso della malarioterapia compaiono notevoli manifestazioni reattive, come l'aumento dei linfociti e la diminuzione dei monociti nel sangue, che corrispondono al reperto ematologico della lue non paralitica, specie nei casi che giungono alla remissione. D'altra parte il fatto che in buona parte dei casi favorevoli le reazioni cutanee della sifilide e alla tubercolina diventano positive, mentre nei casi non curati sono quasi sempre negative, costituiscono un'altra prova di queste modificazioni generali dell'organismo in relazione ad un ritorno della sifilide alla sua patologia non paralitica. Nello stesso senso parla la comparsa di lesioni gommose della pelle e di altri organi in seguito alla malarioterapia. Al riguardo ha anche importanza il fatto che i rimedi specifici antiluetici, specie i preparati arsenicali pentavalenti (triparsamide e stovarsol sodico), tornano ad avere efficacia. Infine l'influenza della malaria su tutto l'organismo è dimostrata dallo slancio che prendono tutte le manifestazioni vitali nei casi favorevoli.

Secondo Busson la malarioterapia ecciterebbe la produzione di endoglobine che si libererebbero in gran quantità ad ogni ciclo febbrile, e versandosi nel circolo agirebbero come iniezioni di potenti corpi proteinici di attività specifica. Questo processo sarebbe particolare per la malaria e non avverrebbe con altri tipi di piretoterapia infettiva o chimica.

Anche Bunker attribuisce una forte influenza alla « globina » divenuta attiva in seguito alla distruzione degli eritrociti.

Uno degli effetti più sorprendenti della malarioterapia è che il progressivo miglioramento del quadro clinico non è accompagnato da un corrispettivo miglioramento delle alterazioni umorali. Ciò proverebbe che il meccanismo curativo non sarebbe di natura umorale, ma consisterebbe nell'eccitare il potere difensivo di tutti gli organi e tessuti, provocando una « immunità istogenica », secondo l'espressione di Nicolau.

Gli effetti delle altre forme di terapia febbrile (infettiva o chimica) sul sistema nervoso centrale e sull'intero organismo sono analoghi a quelli dati dalla malaria, ma certamente meno pronunziati. Schilling ritiene che l'inoculazione della malaria provochi modificazioni ematologiche e di tutti gli altri elementi assai più forti di quelle provocate dalle iniezioni di latte o di acido nucleinico. Solo la febbre ricorrente dà un reperto ematologico simile a quello della malaria. Bruetsch ha trovato che l'eccitazione del sistema reticolo-endoteliale data dalla malaria è molto più spiccata di

quella data da iniezioni di vaccino di tifo, di streptococchi e di varie proteine. Benvenuti con lo zolfo e varii vaccini non ha mai ottenuto una modificazione della formula leucocitaria ed una monocitosi pari a quella data dalla malaria. In complesso si può dire che nella formola leucocitaria data dalla malaria predomina la leucopenia, mentre nelle altre forme di piretoterapia predomina la leucocitosi. DR.

MISCELLANEA.

L'affaticamento, la stanchezza e l'azione recuperatrice del sonno.

(L. R. MÜLLER. *Deutsche Mediz. Wochenscrift*, 19 aprile 1935).

L'affaticamento fisico o mentale produce la stanchezza. Ma anche quando le attività quotidiane sono limitate o si passa l'intero giorno in ozio, al termine della giornata ci si sente stanchi e deboli.

L'affaticamento fisico, ossia quello dei muscoli, non è altro che un eccessivo consumo di forza muscolare. Rimane sempre insoluta la quistione se il senso di stanchezza, e tutti i fenomeni che l'accompagnano, siano dovuti ad un effettivo esaurimento della energia muscolare e dei rispettivi elementi citologici oppure dipendano dall'accumulo di sostanze prodotte dall'affaticamento (kenotossine) e della loro azione sul cervello.

Per dare una plausibile spiegazione agli effetti dell'affaticamento conviene tener presente il quadro sintomatologico della stanchezza grave. L'individuo molto stanco si presenta curvo, abbattuto, e non sempre riesce a tener le ginocchia dritte. La testa pende in avanti, gli occhi sono semiaperti, la bocca è semiaperta per abbassamento della mascella. I movimenti sono poco vivaci, lenti, incerti, incoordinati. L'individuo stanco, in genere, non parla spontaneamente, e le sue risposte sono poco vivaci; s'interrompe frequentemente. La parola è lenta, strascicata, fioca. Corrispondentemente risultano infiacchite le facoltà psichiche, sopra tutto la memoria ed il calcolo. Comunque il soggetto ha la consapevolezza del suo stato, è stanco e sa di esser stanco ed avverte la necessità delle condizioni atte a riparare il suo stato, il riposo ed il sonno.

Certo si possono sopportare gradi non accentuati di affaticamento senza avvertire eccessiva stanchezza. Al riguardo va notato che su questa sensazione hanno notevoli interferenze le condizioni psichiche. Se l'affaticamento è associato ad una sensazione piacevole, o se è provocato ad occupazioni che interessano molto, la sensazione di stanchezza può anche non raggiungere la soglia della coscienza o raggiungerla solo quando l'esaurimento delle energie ha raggiunto un grado molto alto.

L'affaticamento suole produrre una sensazione di stanchezza generale o locale. Quando si esegue un lavoro nel quale entrano in movimento buona parte dei muscoli del corpo allora il senso di stanchezza investe tutto l'organismo, quando invece si lavora con un arto solo allora si ha una sensazione localizzata, una sensazione che è anche meno vaga, più definibile.

Il lavoro statico è ancora più affaticante. Se ad esempio si deve tenere sollevato in avanti con le braccia distese un forte peso, dopo pochi minuti si ha una sensazione dolorosa di stanchezza nelle braccia, che può essere messa in conto dell'ostacolo alla circolazione determinata dai muscoli contratti, e forse anche dallo stiramento dei tendini e delle capsule articolari.

Anche nel lavoro dinamico le sensazioni dolorose possono essere attribuite alle alterazioni dei tendini, e dei tessuti articolari e periarticolari, ma in questo caso si tratta di lesioni vere e proprie (iperemia, infiammazioni, essudazioni, necrosi) che eccitano le fibre dolorifiche.

Ma il senso generale di stanchezza non è causato dall'eccitazione delle vie nervose che trasmettono la sensibilità muscolare. Si deve ammettere che l'attività muscolare e nervosa mette in libertà particolari sostanze che versate in circolo vanno ad influenzare i centri nervosi provocando il senso di stanchezza. E sono le stesse sostanze che incitano al riposo ed al sonno.

È la compartecipazione diretta dei centri nervosi che trasforma il fenomeno da neurologico in psicologico. Noi ci sentiamo mentalmente stanchi quando abbiamo la consapevolezza che le nostre capacità di attenzione e concentrazione s'indeboliscono, che la nostra intelligenza e la nostra memoria diventano deficienti, che la nostra reattività diventa scarsa e che la nostra capacità di espressione ed il nostro linguaggio incontrano difficoltà. Dal punto di vista somatico noi ci «sappiamo» stanchi, quando i movimenti diventano meno agili e meno rapidi, le nostre forze si sono indebolite, la nostra andatura è lenta e a passi brevi e le nostre capacità corporee sono diventate scarse. Noi sentiamo che tutto ci è difficile, di reggerci sulle gambe come di tenere la testa alta. Sentiamo, sopra tutto, un bisogno istintivo di riposo e di sonno, ed anche questa sensazione non è localizzabile.

Naturalmente nei casi avanzati di stanchezza anche la coscienza rimane offuscata, in quanto essa è il risultato di tutte le energie spirituali. Con l'esaurimento di tutte le risorse energetiche si affievoliscono ogni capacità d'iniziativa, gli istinti stessi della vita, l'affettività, la critica si infiacchisce, i pensieri diventano scialbi e non hanno più un corso logico; si ha insomma un obnubilamento di tutta la coscienza, il

pensiero si trasforma in una fantasia evanescente, in una specie di sogno disordinato, che scivola rapidamente in un sonno profondo, che non è interrotto da qualsiasi eccitamento sensoriale.

Con la comparsa del sonno viene ad essere compromessa la continuità non solo delle vie sensoriali, ma anche di quelle centrifughe sia di quelle schiettamente motorie, che della corteccia seguono le vie piramidali, ma anche di quelle che regolano il tono muscolare e che partendo dai nuclei della base seguono vie extrapiramidali. Con il sonno profondo non si avvertono più gli eccitamenti sensoriali, ma non si è capaci di eseguire movimenti volontari coordinati mentre tutta la muscolatura diventa atonica.

Gli esperimenti più recenti tendono a dimostrare l'esistenza di un centro nella regione retroinfundibolare, la cui eccitazione mediante alcune sostanze, e nel caso della stanchezza il calcio, provoca il sonno.

Giova comunque notare che il sonno non è solo un fenomeno di paralisi o di arresto, ma anche di eccitazione e di attività. Nel sonno si ha restringimento della pupilla e aumento del tono dello sfintere vescicale, nonchè aumento del tono del parasimpatico e riduzione di quello del simpatico. Tuttavia l'attività degli organi interni intanto procede immodificata. del tono del parasimpatico e riduzione di assimilazione e disassimilazione nel loro parenchima avvengono con il medesimo ritmo nella veglia e nel sonno.

Il sonno non è una conseguenza o l'effetto solo di un eccessivo affaticamento e di un abbassamento delle energie potenziali. Come l'attività motoria e secretoria dello stomaco si eccita alla rappresentazione di un cibo appetitoso, come il semplice desiderio o una fantasia erotica determina un'erezione, così fatti puramente psichici come la noia, una conversazione monotona, rumori monotoni, lo sbadiglio di un vicino possono far sentire il bisogno di sonno o provocare addirittura il sonno con il meccanismo dei riflessi condizionali.

Poichè gli stimoli sensoriali forti non conciliano il sonno, se si vuole provocare il sonno con un riflesso condizionale qualsiasi, occorre stabilire la « condizione », ossia eliminare tutti gli elementi disturbanti, cercare un ambiente tranquillo, oscuro, nel quale il corpo nel completo rilasciamento muscolare possa trovare una comoda posizione di riposo. Si ha così la possibilità di porre il sistema nervoso in uno stato che favorisce il sonno, come, reciprocamente si ha la possibilità di combattere la stanchezza e la sonnolenza.

Fisiologicamente il sonno dura fino a quando il sonno si è smaltito, fino a quando è cessata la stanchezza. E questa non è più sentita quando le modificazioni fisico-chimiche dell'organismo, che sono state provocate dall'attività del sistema nervoso centrale e dell'apparato nervomuscolare e che provocano il sonno, sono state annullate appunto da altre influenze fisico-chimiche determinate appunto dall'azione riparatrice del sonno. Quando questo è durato abbastanza per assolvere la sua funzione riparatrice, allo svegliarsi non si ha più alcuna sensazione di stanchezza e ci si sente più forti, più attivi, più energici, e si rinnova la gagliardia della volontà e dell'iniziativa. Se invece il sonno viene interrotto inopportunamente o per varie ragioni esso è di breve durata, l'attitudine ad ogni specie di lavoro risulta ridotta per tutta la giornata, la stanchezza sopravviene più presto ed il rendimento è comunque più scarso.

Solo il sonno ha quest'azione riparatrice totalitaria, che nè il riposo, nè l'alimentazione possono da soli fornire.

Il sonno rappresenta un vero processo attivo di carica di energie: attraverso un meccanismo oscuro il sonno accumula nell'organismo tutte le energie vitali che poi vengono consumate durante la veglia, allo stesso modo che la corrente elettrica carica le lastre di piombo di un accumulatore con un'energia che può poi essere variamente utilizzata.

Durante il sonno vi sono processi vegetativi, come la digestione, il ricambio materiale, l'uropoiesi, la circolazione e la respirazione, i quali continuano a funzionare senza stancarsi, come non si stancano alcune attività nervose come quelle che dominano la muscolatura intestinale, vescicale e vasale, nonchè i centri vitali nella parete del terzo ventricolo e nel pavimento del quarto ventricolo. Essi continuano a funzionare senza modificazioni nella stanchezza e nel sonno. Possono paralizzarsi a seguito di sforzi o per azione di veleni, ma non per effetto del sonno.

Il complesso di fenomeni che costituisce la stanchezza in condizioni patologiche può verificarsi all'infuori di ogni lavoro fisico e mentale. Tutti i processi febbrili, le malattie anemizzanti, le affezioni del ricambio determinano uno stato di stanchezza con un meccanismo patogenetico non chiaro, a fondo tossico, il quale esaurisce le capacità vitali dell'organismo senza che il sonno possa svolgere la sua azione recuperatrice o perchè insufficiente a causa della stessa malattia o perchè le cause perturbatrici continuano ad agire nel sonno stesso.

Negli individui astenici e psicastenici si ha una tendenza alla facile stanchezza, che difficilmente viene riparata dal sonno. È noto come molti di questi pazienti si levano più stanchi di quel che si sentivano quando sono andati a letto. È difficile dire che in questi casi il fatto sia solo subiettivo ossia in rapporto ad un disturbo della percezione cenestesica o ad un difetto del meccanismo ristoratore del sonno.

La medicina ha tentato di apprestare mezzi terapeutici per sostituire o corroborare l'azione del sonno nella lotta contro la stanchezza.

Nel caffè, nel thè, nella kola sono contenute sostanze che vincono o differiscono il sonno, ossia combattono il senso di stanchezza e quindi attenuano gli effetti per così dire narcotici della stanchezza stessa. In effetti il caffè ed il thè danno un senso di vigore e di vivacità, chiariscono le idee e ne affrettano il corso. Ma l'azione di queste droghe è affatto transitoria e mai così completa, così profondamente riparatrice come quella data dal sonno.

I preparati di fosforo e di calcio danno sempre effetti più duraturi e più efficienti in quanto rincalzano l'azione del sonno senza sostituirsi ad esso.

Nell'insonnia, la quale ha sempre ripercussioni importanti sullo stato generale e sul rendimento individuale, occorre apprestare tutti quei mezzi atti ad eliminare tutte le cause perturbatrici del sonno con mezzi medicamentosi, chirurgici, fisio- e psicoterapeutici, e propinando, ove occorra, con opportune dosature i farmaci ipnotici di cui oggi la terapia ha larga disposizione. DR.

Contributo allo studio dell'azione cancerigna degli elminti.

(E. BRUMPT. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 febbraio 1935).

J. Fibinger nel 1913 ha osservato per la prima volta dei voluminosi papillomi nello stomaco di alcuni « Mus norvegicus », associati alla presenza di elminti del genere « Gongylonema ». Egli riuscì ad infettare con tali elminti oltre il Mus norvegicus anche il Mus rattus, il Mus musculus, la cavia, il coniglio ed ottenne così la produzione di tumori nello stomaco e nella lingua; in tal modo fissò magistralmente il ruolo patogeno di questo verme. Successivamente numerosi altri studiosi confermarono tali ricerche. Il Gongylonema neoplasticum è abitualmente ospitato dal Mus norvegicus e vive esclusivamente nell'epitelio malpighiano, nel quale scava dei canali sinuosi dove le femmine depongono le uova. Esso si riscontra quindi solo nelle regioni del tubo digerente ove esiste epitelio pavimentoso stratificato: regione cardiaca dello stomaco, esofago, cavità boccale e lingua.

Fibinger riscontrò delle forme larvali incistate anche nella « Periplaneta americana »; egli riuscì ad infettare sperimentalmente oltre questa specie di blatta, anche un coleottero il « Tenebrio molitor ».

L'A. aveva già segnalato (1931-1932) in quali condizioni assai favorevoli egli aveva potuto ricercare la frequenza dei cancri spontanei e dei parassiti che li determinano, nei ratti selvaggi di Caracas (Venezuela). Egli si era sforzato di infettare diverse specie di blatte con deiezioni del « Mus norvegicus » presentante dei papillomi. Utilizzando poi a Parigi le blatte riportate dal Venezuela e dal Messico, ottenne molto facilmente numerose larve di G. neoplasticum. Disgraziatamente egli deve confessare di non aver potuto, dopo quattro anni di ricerche, ottenere ancora nessun caso di cancro sperimentale. In una prima serie di esperimenti, su di un totale di 31 ratti, provenienti da tre allevamenti differenti e che erano vissuti da 45 a 329 giorni, egli osservò in otto casi solo degli stomachi ispessiti, talora leggermente papillomatosi, accompagnati in sette casi da lesioni esofagee simili a quelle dello stomaco. Però non constatò mai lesioni nella lingua, nè riscontrò nessun Gongylonema. In una seconda serie di ricerche ancora in corso, 29 ratti presentanti da 1 a 13 vermi nello stomaco, o nell'esofago, non mostrarono nè papilloma, nè cancro. Lo stesso si dica di 13 sorci bianchi; di questi uno solo che aveva vissuto 80 giorni ed ospitava 59 vermi nella parete dello stomaco, e due nell'esofago, presentava la parete gastrica leggermente ispessita.

I risultati di queste esperienze effettuate partendo da blatte infettate con gongylonemi che avevano prodotto voluminose lesioni nello stomaco di ratti di Caracas, stanno ad indicare che i soggetti adoperati dall'Autore erano poco adatti. Egli spera di avere migliori risultati con ratti di altri allevamenti. Però egli può fin d'ora mettere in rilievo il fatto importante che le neoformazioni verminose non si producono che in certe specie di animali ed in certi soggetti di tali specie.

È dunque lecito affermare che il terreno ha una importanza di primo piano.

Lo studio poi dei protocolli sperimentali sembra indicare che i Gongylonemi da parte loro, possono avere un'azione patogena variabile secondo i paesi, l'età, il sesso, il numero e secondo il pasto infettante.

VICENTINI.

Di prossima pubblicazione :

Prof. L. FERRANNINI.

PROBABILE GOMMA MENINGEA IN CORRISPONDENZA DELLA PARTE MEDIA DELLA CIRCONVOLUZIONE FRONTALE ASCENDENTE DI DESTRA. (*Lezione clinica*).

Prof. G. SABATINI.

LA FITOTERAPIA NELLA CLINICA MEDICA MODERNA.

Dott. G. GIORGI.

TERAPIA DELLE LESIONI DA AGGRESSIVI CHIMICI. (*Rivista Sintetica*).

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

R. PAOLUCCI. *Lezioni di Clinica Chirurgica.* Vol. di pag. 294 con 26 figure; Nicola Zanichelli, Bologna, L. 50.

Il dott. E. Bernabeo ha raccolto stenograficamente 18 lezioni tenute dal prof. Paolucci nella Clinica Chirurgica di Bologna.

Come il Paolucci avverte in una breve prefazione ha voluto lasciare intatto il testo stenografico perchè il lettore, dalla riproduzione fedele della lezione, veda *rispecchiata più esattamente* la materia.

Ciò mantiene alla esposizione il pregio della parola parlata con un correre facile del periodo e con grande abilità di trattazione che avvince l'interesse del lettore e lo aiuta nell'assimilare gli insegnamenti.

Non è possibile dare una recensione completa di ogni argomento dei quali alcuni di grande attualità come, quelli sulle associazioni morbose dell'appendicite, sulle ulcere gastroduodenali e loro complicazioni, sulla terapia dell'ascesso polmonare, sulla toracoplastica, sulle varici, sul morbo di Raynaud, di Bürger ecc. Altre lezioni vertono sul cancro dello stomaco, sull'acromegalia, sul cancro della lingua, sul morbo di Werlhoff, sull'adenoma prostatico ecc. Le figure, ben distribuite nel testo, sono scelte per la loro efficacia didattica.

R. ALESSANDRI.

J. PERGOLA. *Myosites, Abcès des muscles.* Vol. di pagg. 160. Masson & C.ie. Paris, 1935. Fr. 35.

Monografia interessante sia per il medico che per il chirurgo: con numerosa casistica personale e mondiale, cerca di risollevare al suo giusto valore l'importanza del sistema muscolare in patologia ed in clinica. Non è certo un trattato completo delle affezioni muscolari: dalla trattazione sono escluse le miositi ischemiche, asettiche, le ossificanti, le sclerose, o non, consecutive ad alterazioni nervose od endocrine, le dermatomiositi ecc. Sono essenzialmente studiate le miositi infettive con esito o non, in ascesso, dei muscoli della vita di relazione. Nella prima parte è detto delle miositi acute: patogenesi, anatomia patologica, clinica della miosite acutissima, grave, della acuta a focolai suppurati multipli, ad ascessi confluenti, non suppurata ecc. Nella seconda parte sono descritte le miositi croniche, da germi banali, da tubercolosi, da sifilide ecc.

Il libro, ricco di documenti, con l'esposizione dei dati finora conosciuti, con le prove anatomo-istologiche riportate desterà certamente l'attenzione degli studiosi ai quali è utile apportatore di belle nozioni.

MONTELEONE.

LEVEUF, GIRODE e MONOD. *Traitement des fractures et luxations des membres.* Vol. di 442 pag. con 313 fig. Masson ed. 1935. Frs. 50.

In questo volume, scritto con intendimenti pratici, gli AA. descrivono i metodi di cura delle fratture e delle lussazioni da essi sperimentati, in parte anche elaborati, nel servizio del prof. Delbet.

Dopo una nutrita parte generale, vengono esposti per ogni tipo di frattura: il trattamento d'urgenza (primi soccorsi, trasporto); la cura incruenta (che vien chiamata ortopedica); la cura cruenta, e accennate le relative indicazioni e risultati. La parte dedicata alle lussazioni è tracciata alquanto più schematicamente.

Numerose e chiare le figure.

Il libro ha carattere essenzialmente pratico: non si vuol dire con ciò che esso rappresenti un vademecum che renda possibile a chiunque, ed in qualsiasi luogo, la cura di tutte o anche della maggior parte delle fratture. Anzi proprio da queste pagine risalta quale importanza abbiano in questo campo accanto alla abilità del medico, l'ambiente e l'organizzazione di cui egli dispone.

E. VENEZIAN.

CURTIUS F., ENGEL R., MARX H., SIEBECK R. *Ueber Erkrankungen des Arteriellen Systems.* Vol. in-16° di pag. 102 con 6 fig. Lipsia, 1935, G. Thieme edit.

È il primo volumetto di una collezione che si propone di riunire e pubblicare separatamente delle serie di articoli riassuntivi a tipo di rivista comparsi nella *Deutschen Medizinische Wochenschrift.* La collezione vuole prender di vista argomenti che interessino il medico pratico, ma considerati da un punto di vista scientifico: sono quindi in genere pubblicazioni che escono da istituti clinici e che considerano non solo il malato che è nel letto ma l'uomo che vive nel suo ambiente normale, senza trascurare la parte sperimentale sull'animale.

Questo primo volume è dedicato, come dice il titolo, alle malattie delle arterie. Naturalmente non vi si ritrova una trattazione completa ma sono riferite alcune osservazioni di speciale interesse, con particolare riguardo a un argomento oggi tanto studiato ma non certo completamente chiarito sia nella sua patogenesi sia nel suo andamento clinico sia nel suo significato prognostico: vogliamo dire l'ipertensione arteriosa.

A una prima esposizione generale fatta da Siebek seguono delle considerazioni sull'anamnesi e la diagnosi delle malattie delle arterie

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

dovute a Curtius. Engel illustra specialmente il decorso clinico nei malati ipertesi e infine dopo un capitolo su nuovi dati sperimentali, scritto da Marx, ancora Siebeck conchiude la trattazione con opportuni consigli sulla terapia.

Il volume è denso di notizie e di considerazioni interessanti e destinato ad esser letto e studiato con grande utilità da tutti i medici.

SEBASTIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 22 giugno 1935-XIII.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Aperta la seduta il Presidente invita il prof. Cesare Frugoni, Vice-presidente, a prestare giuramento secondo la formula del giuramento accademico di cui dà lettura. Il prof. FRUGONI giura.

L'azione dinamico specifica degli alimenti nei cardiopatici.

Dott. M. PONS. — L'O. riferisce i risultati di uno studio su 27 pazienti (cardio- e epatopazienti), circa l'azione dinamico specifica degli alimenti: trova variazioni circolatorie specialmente dovute alla cardiopatia, scarse quelle dovute al fattore epatico.

Variazioni cronassimetriche nell'ittero.

Dott. M. PONS. — L'O. riferisce sulle variazioni cronassimetriche nell'ittero ricercate in 24 casi; egli trova diminuzione dell'eccitabilità muscolare (mentre invariata è l'eccitabilità nervosa) da riferire alla intossicazione da sali biliari.

Prof. G. MELDOLESI. — *Clinica, patogenesi e terapia della miopatia primitiva cronica ad andamento progressivo (distrofia muscolare progressiva).*

Nella discussione il Socio prof. ARCANGELI ricorda le crisi dolorose che possono dar luogo ad errori diagnostici.

Prof. P. VALDONI. — *Impiego del piombaggio extrapleurico nell'estrazione di un corpo metallico dal bronco destro.* — L'O. illustra la tecnica seguita con proiezioni.

Ancora un caso di neurinoma a clessidra del midollo spinale diagnosticato ed operato.

Prof. R. ALESSANDRI. — L'O. riferisce la storia clinica e l'atto operativo ed il reperto anatomico di un caso di neurinoma a clessidra del midollo spinale esattamente diagnosticato e felicemente operato; presenta la malata guarita.

Il " Kala-Azar „ nella Somalia italiana.

Prof. C. PENSO. — L'O. riferisce brevemente di avere studiato casi di Leishmaniosi in un suo viaggio in Somalia.

Il Segretario: T. PONTANO.

R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.

Seduta dell'8 giugno 1935.

Presidente: Sen. Prof. G. PASCALE.

Sui profili plurimi del diaframma.

G. BECCHINI. — L'O. esprime l'opinione che tale reperto, che, come è noto, è completamente diverso da quello determinato da formazioni aderenziali, sia sempre di ordine patologico; e ciò sia che si presenti come una semplice anomalia morfologica, a funzione, cioè, apparentemente integra delle cupolette, sia che mostri, come egli per primo ha messo in evidenza, una contrazione vermicolare del diaframma, accoppiata o meno a respiro paradosso od a prova di Müller positiva.

L'O. ricollega il primo aspetto con l'aumento di tono di uno o di qualcuno dei settori di un emidiaframma, per maggior numero o maggiore intensità degli stimoli che su di esso si sferrano, in conseguenza di condizioni abnormi ambientali, nelle quali può trovarsi il ramuscolo frenico, che lo innerva, o per l'insorgenza di questi stimoli in seno alle fibre muscolari stesse per condizioni abnormi cui esse soggiacciono; egli si riporta per tale reperto ad un meccanismo simile, cioè, a quello della difesa muscolare.

Ricollega il secondo aspetto a conclamate sindromi di vere e proprie alterazioni neuromuscolari determinanti stati paretico-paralitici o degenerativi della membrana muscolare.

La patogenesi, secondo l'O., deve, sia nell'uno sia nell'altro caso, ricercarsi in focolai pleuritici diaframmatici, più o meno limitati, che per azione infiammatoria o per azione meccanica o chimica od infine per azioni combinate influenzano durevolmente un qualche ramuscolo frenico, dei tre o quattro in cui detto nervo si sfiocca raggiungendo il diaframma, o le fibre muscolari stesse. L'O. avvalora la sua interpretazione con l'asserto di avere riscontrato la plurilobulazione del diaframma, sia dell'uno sia dell'altro tipo, nel 33-40 % dei casi di tubercolotici ricoverati in sanatorio, e con l'appoggio di una prova sperimentale nel cane, nel quale ha potuto determinare la plurilobulazione diaframmatica mediante la compressione di una metà del frenico in un sol punto.

L'O. conclude pertanto che la plurilobulazione del diaframma va considerata come un segno radiologico di fatti, sia pur localizzati, di pleurite diaframmatica.

E. MACCHIA. — *Metodo per dosare l'indolo nelle culture batteriche.*

E. MACCHIA. — *Metodo per dosare l'indolo nel sangue e nei vari escreti organici.*

G. PENNETTI. — *Metabolismo dell'acido ossalico e fegato.*

La **RIVISTA DI MALARIOLOGIA** raccoglie copiosi contributi scientifici e pratici e rispecchia i progressi realizzati in tutti i Paesi dalle nostre conoscenze sulla malaria. È diretta dal prof. G. SANARELLI. Abbonamento annuo: per l'Italia L. 50, per l'Estero L. 90; ai nostri abbonati L. 45 e L. 85.

Rivolgersi all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA (106).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Lesioni vertebrali da puntura lombare.

C. N. Pease (*Amer. Journ. dis. children*, aprile 1935) ha osservato che parecchi individui si lamentano di dolori alla parte bassa della schiena dopo la puntura lombare. In 12 casi, ha osservato assottigliamento dei dischi intervertebrali e netta sclerosi dell'osso; di essi, 5 erano consecutivi ad estrazione del liquor per diagnosi, 5 ad iniezione endospinale di antitossina meningococcica, 1 ad encefalografia, 1 ad anestesia spinale.

In esperienze fatte su cadaveri, l'A. potè assodare che non è possibile determinare il punto preciso in cui si trova l'ago nel canale; in alcuni casi, si potè avvertire una lieve diminuzione di resistenza nel momento di raggiungere il canale stesso, ma per far ciò si deve fare l'introduzione molto delicatamente.

Così pure, se l'ago è spinto piuttosto profondamente, non si può avvertire se esso ha toccato o non il disco intervertebrale, mentre non è difficile lo stabilire se esso ha toccato la parte ossea. I punti che vengono più facilmente toccati sono il disco intervertebrale, la vertebra, le faccette interarticolari e le sinusoidi venose nel corpo vertebrale.

Scopo del lavoro dell'A. non è già quello di sconsigliare la puntura lombare, ma di attirare l'attenzione sulla possibilità di complicazioni, oltre a quelle già conosciute derivanti dall'estrazione del liquor. *fil.*

Indicazioni e risultati dell'iniezione paravertebrale e di quella epidurale.

Félix Mandl (*Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, vol. XVI, p. 570) dopo aver descritto la tecnica e gli incidenti dell'iniezione paravertebrale parla dell'utilità di essa dal punto di vista diagnostico e curativo; come metodo di anestesia operatoria non viene presa in considerazione.

All'applicazione diagnostica dell'i. p. è a base il concetto che la conduzione del dolore dei singoli organi addominali avviene in segmenti ben determinati; che l'esclusione del segmento conduttore della dolorabilità interrompe l'arco dei movimenti riflessi e così scompare il dolore.

Naturalmente vengono esclusi più facilmente quegli organi che hanno una conducibilità dolorosa che prende pochi e ben delineati segmenti (regione colecistica, renale ecc.).

Come azione terapeutica gli stati dolorosi possono scomparire per lungo periodo di tempo e, qualche volta, anche per sempre grazie alle modificazioni del tono e della secrezione. Le indicazioni sono le coliche epatiche, renali; sono influenzati favorevolmente gli attacchi di angina di petto, le cardialgie, aderenze postoperatorie, stati spastici, crisi gastriche dei tabetici, asma bronchiale ecc. Per l'i. p. terapeutica è bene dare la preferenza all'iniezione di alcool.

I risultati vanno dal 90 % dei successi nei dolori delle colecisti e renali al 30 % nell'angina pectoris, al 10 % nelle crisi gastrche.

L'iniezione epidurale viene fatta con novocaina e per soli scopi terapeutici negli stati dolorosi della regione sacrale inferiore e lombare inferiore (dolori radicolari e sciatici). L'i. e. agisce mediante la distensione e il rilasciamento delle fibre nervose. Si può anche ripetere parecchie volte. I successi si possono calcolare a circa il 70 %. MEDI.

Danni del trattamento dell'epilessia con lo choc proteinico.

La cura dell'epilessia con lo choc proteinico è stata preconizzata da molti AA., particolarmente raccomandandosi le iniezioni di latte. Peraltro taluni hano già comunicato casi di epilessia nei quali con tali iniezioni si sono scatenate crisi convulsive.

Il caso descritto da Marinesco e Kreidler (*Bull. et mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, 1935, n. 10) è ancor più scoraggiante. Un diciottenne, sofferente di crisi epilettiche dall'età di diciotto mesi si ricovera in ospedale: una prima terapia viene tentata iniettando 10 cmc. di aria nello speco. Compare un meningismo che in breve scompare. Ricoverato nuovamente dopo alcuni mesi, in seguito alle insistenze della famiglia che reclamava un trattamento più energico, si tenta la terapia con lo choc: una prima iniezione intramuscolare di tre cmc. di latte non provoca reazione; una seconda di 5 cmc. provoca una lieve reazione febbrile, ma a distanza di poche ore subentrano crisi epilettiche violente ed in breve il p. soccombe con una temperatura ascellare di 41°,6.

I metodi di cura dell'epilessia con lo choc, pongono la questione della possibile origine anafilattica dell'ascesso epilettico. Marinesco già dal 1912 aveva emesso l'opinione di una relazione fra choc anafilattico e crisi convulsiva epilettica: d'altra parte sono note crisi convulsive nell'uomo determinate dall'ingestione di taluni alimenti. Sembrerebbe logico ammettere la patogenesi anafilattica tanto più che i fenomeni di anafilassi spontanea quali si incontrano in clinica, sono di comparsa capricciosa, si effettuano insidiosamente, sono creati dagli antigeni più diversi, sono tenaci e si esteriorizzano sotto multipli aspetti. Sul meccanismo anafilattico di talune crisi epilettiche si ricordino le relazioni fra tono va-

gale e sensibilità individuale allo choc; si ricordino i processi emoclasici riscontrati in taluni epilettici. L'ipervagotonia favorisce il perturbamento colloidoclasico o l'azione dei veleni convulsivanti. Negli epilettici d'altra parte è stato constatato uno squilibrio, neurovegetativo, e l'ipervagotonia si accompagna con aumento dell'eccitabilità dei centri psicomotori tale che crisi di epilessia corticale potrebbero esser provocate da eccitazioni che normalmente resterebbero sotto ai confini.

MONTELEONE.

Il trattamento moderno della schizofrenia.

Dalla stessa molteplicità dei metodi curativi della schizofrenia si può desumere che nella maggioranza dei casi nessuno di essi ha portato ai risultati desiderati: accanto alla psicoterapia praticata da Clark e Allan, è stato sperimentato il trattamento coi sedativi (Wiethold, Staehelin); larghe applicazioni ha avuto la terapia stimolante, intesa nel senso lato, sotto forma di malarizzazione (Brun ed altri), inoculazione di vaccino tifico (Agramunto), autoemoterapia, insulin-schockterapia; Klimbe ha praticato sottrazioni sistematiche di liquor cefalorachidiano; si è ricorso pure a somministrazioni di sostanze diverse come p. es. ossigeno, CO_2 (Mc Farland, Hinsie) calcio, manganese ecc.

Il fatto che al quadro psichico della schizofrenia concomitano frequentemente anche alcuni sintomi riferibili a disfunzioni del sistema endocrino ha richiamato recentemente l'attenzione sulle possibilità di ormonoterapia. Risultati interessanti in questo campo vengono comunicati da G. Giehm (*Mediz. Klinik*, 26 apr. 1935). L'A., basandosi anzitutto sull'aspetto morfologico e sulla costituzione dei soggetti schizofrenici da lui osservati (30 casi), li ha suddivisi in tipi basedowiani, mixedematosi, ipofisari. Il primo rappresenta il tipo più frequente, caratterizzato da longitipia, vasolabilità, aumento del metabolismo basale; nel secondo figurano soggetti ben nutriti, a metabolismo rallentato; nel terzo (2 casi) veniva riscontrato accenno al gigantismo eunucoide.

Quale trattamento base in tutti i soggetti è stata applicata la piretoterapia, seguita da somministrazione di preparati opoterapici; nel primo gruppo si è fatto uso di sostanze a base di dijodotirossina; il secondo ha ricevuto preparati di tiroide totale, nel terzo veniva somministrata la preipofisi.

I risultati ottenuti sono da considerarsi quali molto soddisfacenti: in 14 casi si è avuto notevole miglioramento o addirittura guarigione (3 casi) della affezione; lieve miglioramento è stato osservato in 8 casi; altri 8 infine non hanno risentito della cura. I migliori risultati si sono avuti nelle forme catatoniche ed ebefreniche; le forme demenziali e paranoiche si sono dimostrati meno influenzabili dalla cura pireto-ormonica.

S. MINZ.

IGIENE

L'importanza della casa nella diffusione della febbre tifoide.

A. Missiroli (*Annali d'Igiene*, giugno 1935) riporta i risultati di uno studio epidemiologico-sociale, continuato per tre anni nel comune di Terracina. Per ora, lo studio si è limitato alle sole case in cui si è manifestato qualche caso di tifoide, ma sarà in seguito esteso a tutto l'abitato, in modo da avere gli opportuni confronti.

Tralascio di riportare vari dati statistici (mortalità, età più colpite, ecc.) per i quali rimando al lavoro originale e mi soffermo sul problema essenziale esaminato dall'A., dell'importanza dei contatti. Nel 57 % dei casi di tifoide, i malati avevano avuto contatto con malati o con portatori accertati; nel rimanente 43 %, si deve pensare a contatti con malati di *typhus laevis* o con portatori non identificati.

Per quanto riguarda poi la casa, risulta che il 57 % dei casi di tifoide si è verificato in abitazioni che avevano ingresso comune con altre famiglie, il che rende facili i contatti fra gli abitanti; si potrebbe però osservare che i contatti sono più stretti negli appartamenti in comune, mentre questi si avevano soltanto nell'8,7 % dei casi di tifoide. Elevata è la percentuale dei casi di tifoide in abitazioni nelle quali la latrina era in comune con altre famiglie (37,7 %), condizione di cose aggravata dal fatto che l'acqua corrente nella latrina esisteva soltanto nel 7,6 % delle abitazioni dove si ebbero casi di tifoide.

Importante è il rilievo che le famiglie che ebbero più di un caso di tifoide nei 3 anni abitavano appartamenti senza acqua corrente mentre in sole due famiglie con acqua corrente si ebbero due casi; trattavasi però di piccoli appartamenti, con la stanza da pranzo adibita a camera da letto.

Anche la distribuzione della tifoide nei vari quartieri della città conferma l'influenza della casa nella diffusione della tifoide. Questa, di fatto, colpisce essenzialmente la parte alta del paese, antica, con vie strette e scarsamente assolate, mentre si hanno soltanto casi sporadici nella parte bassa, moderna. Pure scarsa è la tifoide in un quartiere alla periferia, costituito da abitazioni primitive, senza acqua corrente e senza latrina, dove però la vita delle famiglie si svolge in massima parte all'aperto.

Se ne conclude che la casa insalubre per l'assenza di buona fognatura domestica e di sufficiente provvista di acqua potabile, poco aerata e scarsamente soleggiata costituisce uno dei fattori sociali più importanti per la diffusione delle malattie infettive.

Lo studio — un vero modello — è molto documentato.

fil.

Epidemia di paratifo B d'origine idrica.

G. Pinzani (*Ann. d'Igiene*, luglio 1935) ha descritto un'epidemia di paratifo B occorsa, ai primi di maggio, in un gruppo di abitazioni quasi isolato, con 800 abitanti, nella provincia di Lucca; furono colpite quasi contemporaneamente una ventina di persone; seguirono altri casi isolati; andamento clinico mite e mortalità nulla. L'A. è riuscito ad isolare il paratifo B dall'acqua potabile condottata, valendosi del suo noto metodo; ha potuto individuare la causa dell'inquinamento nel luogo di cattura dell'acqua. A. P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Correlazioni nel campo delle secrezioni interne.

G. von Bergmann (*Med. Klin.*, 5 luglio 1935), dopo aver accennato ai vari ormoni dell'ipofisi ed ai rapporti tra questa ed altre glandole a secrezione interna, illustra con degli esempi le correlazioni che esistono tra gli ormoni e le vitamine, tra il regno animale e quello vegetale. Anche nelle piante si conosce un ormone della crescenza (auxin). La vitamina E è probabilmente il materiale da cui l'organismo forma l'ormone gonadotropo. Deficienza di vitamine, specialmente di vitamina E, può essere la causa del deficiente sviluppo genitale di alcune giovinette. Nell'organismo avviene la trasformazione della carotina in vitamina A. La vitamina C, di cui è ricco il surrene, ha forti proprietà riducenti e si oppone alla facile ossidazione dell'adrenalina nell'organismo; anche l'azione della corteccia diviene più intensa con l'aggiunta di vitamina C (« Cebion »). L'A. quindi richiama l'attenzione sull'affinità chimica dell'ormone follicolare, del corpo luteo e virile con la colesterina, la quale a sua volta ha rapporti chimici con gli acidi biliari, le sostanze del gruppo della digitale e la vitamina D: è un problema di tempo ottenere gli ormoni genitali dalle piante e rendere quindi questa terapia più economica. La terapia dietetica può essere decisiva per le secrezioni interne proprio nel periodo dello sviluppo, potendo le piante fornire i loro prodotti grezzi alle glandole, come è il caso della vitamina E per lo sviluppo sessuale delle larve di api. D'altra parte sostanze vegetali possono proteggere da rapida distruzione secreti interni: così usciamo in parte dal semplice concetto della terapia sostitutiva.

M. Nunberg.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al Dott. G. L. di B., att. n. 5428:

Sono stati tentati e da molti ancora usati nell'artrite deformante i sali d'oro (Solganal Schering) e il veleno delle api (Apitoxine) ma con scarso successo.

Le cure migliori sono ancora quelle jodiche e quelle opoterapiche (tiroide e ovaio). Una terapia fisica e termale (fanghi sulfurei, fanghi salsojodici) se opportunatamente alternata, può dare qualche volta buoni risultati.

M. Messini.

VARIA

I rumori della città.

Il problema attira sempre maggiormente l'attenzione degli igienisti. In un suo studio, il dott. Segard esamina la questione, combattendo l'opinione che solo i malati e i neuropatici possono risentire danno dagli eccessivi rumori del traffico cittadino.

Egli distingue i rumori in continui (ai quali si fa l'abitudine) e improvvisi; questi ultimi sono i più dannosi al sistema nervoso, provocando interruzione di sonno, disturbi di digestione, aumento della pressione arteriosa ecc., e producendo, in conseguenza, una riduzione della capacità lavorativa, che una commissione di New York giudica del 20 %. Sarebbe dovere delle autorità responsabili di emanare delle misure per un efficace controllo dei rumori cittadini e curarne l'osservanza, il che già viene attuandosi efficacemente in Italia.

Il prezzo del sangue "puro".

Il Ministero dell'Interno, in Germania, ha fissato i prezzi per la trasfusione del sangue: 10 RM. per i primi 100 cmc.; per ogni 100 cmc. (o frazione) successivi, 5 RM.

Inoltre, per i donatori di sangue ariano puro, si dovranno rimborsare tutte le spese per lo spostamento, le indennità per l'interruzione di lavoro, ecc.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

V. Pettinari. *Contributo al trattamento delle fratture con la trazione a filo.* — Ind. Graf. Stucchi, Milano, 1935.

N. Rodinò. *Contributo alla Epidemiologia ed alla profilassi del morbillo nell'Esercito Italiano.* — Tip. Artigianelli, Genova, 1934.

V. Pettinari. *Embrioma Experimentales.* — Artes Graficas Casanal, Zaragoza.

L. Bonfiglioli. *L'alienazione mentale nel Polesine nel quinquennio* 1930-1934. — Tip. A. Nobili, Pesaro, 1935.

M. Mazzeo e V. Mauro. *Sulla tubercolosi sperimentale di animali sottoposti ad inalazioni di farine.* — Rass. Ind. Clin. e Terapia, Napoli, 1935.

V. Pettinari. *Metodi chirurgici nella cura della ipospadia.* — L. Cappelli, Bologna, 1935.

G. Tropea. *Herpes zoster e varicella.* — Notiz. Diagn. e Terapia, Napoli, 1934.

N. Rodinò. *Il bacillo di Koch e la profilassi immunitaria antitubercolare.* — Giorn. Med. Mil., 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Un voto degli Assistenti Universitari.

È stato trasmesso al Fiduciario Nazionale degli Assistenti Universitari il seguente voto:

« Gli Assistenti Incaricati e Volontari della Sezione di Milano dell'A. F. S., aspiranti a concorsi a posti di Assistente ed Aiuto ordinari, a conoscenza dell'art. 12 del R. D. L. 20 giugno 1935, XIII, n. 1071, concernenti modifiche ed aggiornamenti al testo unico delle leggi sull'istruzione superiore, si permettono di far presente alle Superiori Gerarchie lo stato in cui verrebbero a trovarsi molti di loro, in relazione alla clausola che impone il limite di età.

L'essere tale limite stabilito in anni trenta per tutte le Facoltà e per tutte le discipline (se pure con le facilitazioni fatte pel caso specialissimo che il concorrente abbia già trascorso come assistente un certo numero di anni, ed aspiri ad altra disciplina), costituisce una maggiore difficoltà per coloro che si sono laureati in una disciplina a più lunga carriera scolastica e che, per la necessaria preparazione scientifica, didattica o tecnica, oppure per mancanza di posti, o perchè i singoli Istituti non hanno indetto concorsi, sono rimasti per un certo numero di anni assistenti volontari o semplicemente incaricati per modo da passare l'età di 30 anni, fissata ora come limite dalla Legge ».

Cronaca del movimento professionale.

Partecipazione a più concorsi sanitari delle Prefetture.

Al riguardo « Le Forze Sanitarie » del 30 luglio pubblicano una circolare del sottosegretario on. Buffarini, in cui si stabiliscono alcune norme; in particolare: 1) per « copia notarile debitamente autenticata » deve intendersi copia notarile dei documenti originali con firma del notaro legalizzata dal Presidente del Tribunale; più documenti possono essere trascritti di seguito nello stesso foglio bollato; 2) basta un solo versamento, se il candidato concorre a più posti vacanti nella stessa provincia; 3) non occorre che le copie (7 esemplari) dell'elenco dei titoli siano redatte in bollo.

Accordi con la Gran Bretagna e la Svizzera per l'esercizio delle professioni sanitarie.

Lo stesso numero di cui sopra, reca una lettera dell'on. Pavolini, presidente della Confederazione fascista dei professionisti e artisti, che richiama gli accordi di cui nel titolo. Per quanto riguarda l'accordo italo-svizzero, si avverte che i cittadini svizzeri possono essere iscritti negli Albi professionali qualora abbiano conseguito il titolo accademico, italiano o straniero, convalidato, ed abbiano superato nel Regno il prescritto esame di Stato.

CONDOGLIANZE.

Esprimiamo la nostra commossa simpatia e la nostra solidarietà nel dolore alla Nazione Belga, così duramente colpita a due brevi riprese dalla sciagura, nella sua Casa Regnante.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Bari, Chieti, Foggia, Sassari 15 settembre; Pesaro 30 settembre; Aosta 1 ottobre; Bolzano 10 ottobre; Messina 15 ottobre. Per Lecce proroga al 15 settembre, ore 18; per Matera proroga al 20 settembre. Di alcuni di questi concorsi diamo notizia più oltre.

AGRIGENTO. — Concorso al posto di Capo del Servizio Sanitario per le Casse mutue dell'industria della Provincia di Agrigento. Stipendio L. 12.000 annue lorde oltre indennità accessorie. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio di Collegamento e di gestione delle Casse mutue dell'Industria, Agrigento, piazza Cavour 5. Scadenza 30 settembre 1935.

BARI. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami concorso a tre posti di medico condotto: PALESE MACCHIE (frazione di Bari). Stipendio L. 9500, più L. 2100 pel servizio attivo; caro-viveri. — TORRE PELOSA (frazione di Bari). Stipendio L. 9500, più L. 2100 pel servizio attivo; caro viveri. — BITETTO. Stipendio L. 10.000, cinque aumenti quadriennali del decimo, pel servizio attivo L. 500, caro viveri. Per tutte, scadenza 15 settembre 1935.

BRINDISI. — Concorso al posto di Direttore della Sezione Dispensariale di Igiene Sociale in Ostuni. Stipendio L. 11.600 suscettibile di tre aumenti quadriennali rispettivamente di L. 600, L. 700 e L. 900. Indennità servizio attivo L. 2800. Stipendio ed indennità sono soggetti alle riduzioni ed alle trattenute di legge. Età anni 21-40 s. e. l. Diploma di abilitazione all'esercizio professionale di medico-chirurgo e di specializzazione in tisiologia. Tassa concorso L. 50,10. Chiarimenti alla Segreteria del Consorzio Antitubercolare presso l'Amministrazione provinciale di Brindisi. Scadenza 10 ottobre 1935.

CHIETI. *R. Prefettura.* — Concorso, per titoli ed esami, ai posti di medico condotto dei seguenti comuni: CHIETI. *Scalo.* Stipendio L. 8000, più indennità per cavalcatura L. 1500. — CIVITALUPARELLA. Stipendio L. 10.000 e L. 2500 per indennità di cavalcatura. — DOGLIOLA. Stipendio L. 9000. — FRISA. Stipendio L. 10.000 e L. 1000 per indennità cavalcatura. — LANCIANO. Prima e seconda condotta. Stipendio ciascuna L. 7000. — MONTENERODOMO. Stipendio L. 9000. — ORTONA A MARE. Prima condotta. Stipendio L. 7000. — RAPINO. Stipendio L. 9000. — SANT'EUSEBIO DEL SANGRO. Stipendio L. 9000. — SCHIAVI D'ABRUZZO. Stipendio L. 9000. — TORINO DEL SANGRO. Stipendio L. 9000. — *Consorzi*: MOZZAGROGNA, S. MARIA IMBARO. Stipendio L. 9000. — TORRICELLA PELIGNA, PENNADOMO. Stipendio L. 10.000, più L. 1500 per indennità di cavalcatura. Scadenza per tutti il 15 settembre 1935.

FERRARA. *Arcispedale di Sant'Anna.* — Concorso, per titoli, al posto di specialista Odontoiatra, Al posto è assegnato lo stipendio annuo di L. 3000, più, il Sanitario avrà diritto alle percentuali sta-

bilite dal Regolamento per le cure a persone paganti in proprio e curate nell'apposito ambulatorio, salvo i diritti di consulti o di prestazioni sanitarie per degenti paganti in proprio nei vari reparti ospedalieri. Detta percentuale è presentemente del 50 % delle somme incassate.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Scad. 30 sett., ore 15; primario medico tisiologo; titoli; L. 6000, per anni cinque, salvo conferme triennali, fino a 60 anni; il concorso è riservato ai sanitari di sesso maschile; laurea da 6 anni; tassa L. 50. Per le altre condizioni chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria, Ospedale di S. Martino.

IMPERIA. — Posto di Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare. Stipendio annuo lire 19.000, elevabile a L. 21.000; indennità di servizio attivo L. 5200. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Tassa concorso L. 50. Scadenza 24 settembre 1935.

LUGO. — (Vedere RAVENNA).

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Concorso, per titoli, al posto di Primario Chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde del 12 % e delle altre ritenute come per legge); compartecipazione del 40 % dei proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40 salvo le eccezioni di legge. Sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche Universitarie od Ospedali di almeno 500 letti. Laurea conseguita da almeno 10 anni. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 20 ottobre 1935-XIII. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Nardò.

PESARO. *Ospedale « S. Salvatore »* alle dipendenze della Congregazione di Carità. — La scadenza del concorso al posto di Medico Primario nell'Ospedale predetto, il cui bando venne pubblicato nel N. 23 del 10 giugno 1935-XIII, di questo nostro periodico, è stata prorogata alle ore dodici del 15 ottobre 1935-XIII. A modificazione dell'avviso precedente, basta che i concorrenti producano il certificato comprovante il servizio effettivo prestato per almeno un quinquennio, con qualifica non inferiore ad Assistente, in reparti medici di Ospedali non inferiori ai 100 letti, oppure in Cliniche Mediche o Istituti di patologia medica universitari.

RAVENNA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 30 sett.; direttore della Sezione dispensariale di Lugo; L. 9000; indennità di trasferte; età limite 35 a. al 25 lug.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Presidenza.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Pontelagoscuro, Rovigo I, Savignano sul Rubicone, Suzzara, Tavernelle (Bologna); Torralba (Cagliari); Grammichele, Nizza di Sicilia, Noto, Pachino, Paternò, Siracusa I (Catania); Bonassola (Genova); Cremona II (Milano); Eboli II, Nocera Inferiore, Padula, S. Martino in Pensilis, Solopaca (Napoli); Palermo VII (Palermo); Campiglia Marittima, Collecchio, Fauglia, Gavorrano (Pisa); Acquappesa, Agropoli, Celle di Bulgheria, Praja d'Ajeta, Ricadi, Rosarno I (Reggio Calabria); Bastia Mondovì, Gravellona Toce, Mortara II, Sessant (Torino); Malles Venosta, Prato all'Isarco (Trento). Inviare domanda e chiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 settembre 1935-XIII.

SASSARI. *R. Prefettura.* — Concorso, per titoli ed esami, ai posti di medico condotto dei seguenti comuni: AGGIUS (primo reparto). Stipendio lire 9500, più L. 2500 per mezzi di trasporto. — ARDARA. Stipendio L. 9500; BULZI. Stipendio L. 10.500. — ILLORAI. Stipendio L. 9500. — SENNORI. Stipendio L. 9500. — TORRALBA. Stipendio L. 9500. — USINI. Stipendio L. 9500. — VILLANOVA MONTELEONE per la frazione *Putifigari*. Stipendio L. 10.500. — *Consorzio*: ROMANA, MONTELEONE, ROCCADORIA. Stipendio L. 10.500, più L. 2500 per mezzi di trasporto. N.-B.: Gli stipendi predetti sono suscettibili degli aumenti quadriennali. Scadenza per tutti il 15 settembre 1935.

TORINO. *Ospedale Maria Vittoria.* — Concorso al posto di vice-direttore dell'Istituto di Elettrocardiografia alle condizioni che stabilisce il relativo programma. Le domande debbono pervenire non oltre le ore diciasette del 24 ottobre 1935 alla Segreteria dell'Ospedale presso la quale trovansi visibili il programma di concorso, lo Statuto ed il regolamento dell'Opera.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Primario dermosifilopata; proroga al 30 settembre, ore 18.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. sen. Aldo Castellani, maggior generale medico nella R. Marina, è stato temporaneamente richiamato in servizio attivo, dal 1° settembre corrente.

Il ten. gen. medico prof. Pasquale La Grotteria è nominato grande ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

L'Università di Parigi ha nominato dottore *honoris causa* il prof. B. A. Houssay, titolare della cattedra di fisiologia all'Università di Buenos Aires.

NOTIZIE DIVERSE

Contributo italiano al 1° Congresso internazionale di gastro-enterologia.

Al 1° Congresso internazionale di gastro-enterologia tenutosi a Bruxelles e a cui hanno preso parte scienziati di alto valore convenuti da quasi tutte le Nazioni europee e di moltissime dell'America, l'Italia era rappresentata da una delegazione presieduta dal prof. Frugoni, che era anche rappresentante del Governo, e composta dei proff. Donati di Milano, Alessandrini di Roma, Leotta di Palermo, Baggio di Cagliari, Fasiani di Padova, Dall'Acqua, Gamberini, Bonadies, Sorge.

Il Congresso, organizzato ottimamente e minuziosamente dal segretario generale Dr. J. Brouhée, è stato presieduto dal prof. Schoemaker il quale nella seduta di apertura con un felicissimo discorso ha porto il benvenuto ai congressisti di tutte le Nazioni a nome del Governo del Belgio e della Facoltà di Medicina.

Ha risposto applauditissimo per l'Italia il prof. Frugoni ringraziando per la squisita ospitalità e augurando un brillante avvenire a questa società di gastro-enterologia per il progresso della specialità e della medicina e chirurgia generale.

I lavori si sono svolti su due temi messi all'ordine del giorno: 1) le gastriti; 2) le coliti ulcerose

non amebiche. Daremo prossimamente un resoconto sommario degli argomenti trattati. Per la cronaca diremo che sul primo argomento all'ordine del giorno fra gli italiani hanno parlato Alessandrini, Leotta, Gamberini e Bonadies i quali hanno portato il contributo delle loro ricerche speciali e della esperienza clinica. L'argomento delle coliti ha avuto ben due relatori italiani: i proff. Donati e Dall'Acqua di Milano, i quali hanno trattato il difficile argomento rispettivamente dal punto di vista chirurgico e radiologico con chiarezza, originalità e profondità notevoli che sono state molto apprezzate dal vasto pubblico del congresso. Sullo stesso argomento hanno parlato inoltre i proff. Baggio, Leotta e Fasiani.

Il prof. Frugoni è stato nominato rappresentante dell'Italia nel Comitato Permanente della Società internazionale di gastro-enterologia.

42° Congresso italiano di chirurgia.

La riunione annuale, del cui Comitato Ordinatore è presidente l'on. prof. R. Paolucci, direttore della R. Clinica Chirurgica di Bologna, sarà tenuta nella R. Clinica Chirurgica di questa città durante i giorni 23, 24, 25 e 26 ottobre con i seguenti temi di relazione:

1) « Cisti e tumori del polmone », relatori proff. G. Forni e P. Marogna;

2) « Trombosi ed embolie », relatori dott. E. Ragnotti e prof. P. Valdoni;

3) « Il trattamento chirurgico della mediastino-pericardite adesiva » (tema in comune con la Società di Medicina Interna), relatore prof. L. Torraca.

Ogni socio deve inviare alla Segreteria (R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I, Roma), entro il 1° ottobre il titolo della comunicazione che intende svolgere durante le sedute del Congresso.

Entro questa stessa data potrà inviare la richiesta dell'alloggio, specificando la categoria e il loro indirizzo al dott. Ludovico Docimo, R. Clinica chirurgica di Bologna, Ospedale di Sant'Orsola.

14° Congresso italiano di urologia.

Il XIV Congresso della Società Italiana di Urologia si svolgerà quest'anno in Bologna, sede nel mese di ottobre di numerosi Congressi medici, durante i giorni 26 e 27 ottobre.

Il tema di relazione è: « Frequenza della degenerazione cancerigna dell'ipertrofia prostatica »; relatore il prof. E. Mingazzini di Roma.

Le sedute della Società si terranno nell'Aula dell'Archiginnasio di Bologna, ove esiste un apparecchio di proiezioni fisse e cinematografiche.

Tutti coloro che intendessero presentare delle comunicazioni sono pregati di inviarne il titolo al dott. Alberto Oberholtzer, segretario della Società, via Venezia 15, Roma (105), non più tardi del 20 settembre p. v.

1° Congresso internazionale per la trasfusione del sangue.

Ricordiamo che è indetto a Roma dal 26 al 29 settembre; è organizzato da un Comitato di cui presidente è il prof. Leone Lattes e segretario generale il dott. Vittorio Fomentano. Si sono costituiti comitati nazionali in 11 Paesi e saranno ufficialmente rappresentati al congresso una cinquantina di Enti. Saranno in discussione sei relazioni, dei proff. Bogomoletz (Russia), Dogliotti (Italia), Hirszfeld (Polonia), Ritter (Svizzera), Stahl (Germania) e del dott. Tzanck (Francia); sono anche annunziate moltissime relazioni. Tassa di iscrizione L. 60, tanto per i congressisti quanto per le persone che li accompagnano. Richiedere programmi dettagliati e informazioni complementari alla segreteria, via Palermo 1, Milano.

L'attività assistenziale dell'Ospedale Maggiore.

La presidenza dell'Ospedale Maggiore ha pubblicato le cifre del bilancio per il 1933, che dimostrano la continua, proficua opera assistenziale dell'Istituto ed hanno anche oggi, a distanza di due anni, una grande importanza d'attualità.

Alla chiusura dell'esercizio 1933 l'attività era rappresentata da lire 110.963.985,75, con un aumento di lire 6.140.437,26 nel confronto con l'esercizio 1932. Vale a dire si è avuto un miglioramento di lire 6.414.761,47 e una piccola perdita di lire 274.324,21 riguardante la situazione amministrativa.

Le giornate di degenza sono state in totale 873.017 nell'esercizio 1932, e 930.459 nell'esercizio 1933. Aumento sensibilissimo da un anno all'altro, che non si può interpretare come peggioramento delle condizioni sanitarie, bensì come una accresciuta possibilità tecnico-finanziaria di provvedere alle cure da parte degli Istituti Ospitalieri.

Corsi di infermiere della Croce Rossa.

La Croce Rossa Italiana comunica che sono aperte, fino al 30 ottobre p. v., le iscrizioni per l'ammissione ai Corsi delle Scuole Professionali Infermiere e ai Corsi direttivi e di Assistenti Sanitarie Visitatrici, presso le Scuole Convitto e le Scuole specializzate della Croce Rossa Italiana, riconosciute con D. M. fin dal 1931.

Il titolo di studio richiesto per l'ammissione alle Scuole Convitto è la licenza di una Scuola Media di 1° grado; l'età è dai 18 ai 35 anni. Per i corsi direttivi e di Assistenti Sanitarie Visitatrici occorre il diploma d'infermiera.

Per richieste di estratti del regolamento, di moduli per domande e schiarimenti in genere, indirizzare al Comitato Centrale, Segretariato Infermiere (via Toscana 12) o alle Direzioni delle Scuole Convitto di Roma (via Baglivi 16), Milano (via Sassi 4), Napoli (via Costantinopoli 126), Bologna (via Ercolani 6).

Un po' dovunque.

La medaglia d'oro on. Paolucci, direttore della Clinica chirurgica di Bologna, ha chiesto di partire volontario per l'Africa Orientale. Il suo desiderio è stato prontamente esaudito ed egli partirà per raggiungere il posto che gli è stato assegnato quale direttore di una ambulanza chirurgica in via di allestimento. L'on. Paolucci sarà accompagnato da quindici medici assistenti e da infermieri e studenti, tutti volontari.

Il 3° Congresso internazionale di oto-rino-laringologia si terrà a Berlino dal 17 al 22 agosto 1936. Temi: La radioterapia dei tumori maligni nel campo laringologico; Le prove e i trattamenti elettroacustici; Influenza della costituzione sulle malattie della gola, del naso e dell'orecchio.

La 3ª riunione europea d'igiene mentale si è svolta a Bruxelles il 20 e il 21 luglio, sotto la presidenza del prof. Ernest De Craene.

La 12ª riunione della Società farmacologica tedesca si terrà a Monaco dal 10 al 23 ottobre. Relazioni: Verney (Cambridge): L'eliminazione dell'acqua e sua regolazione fisiologica; Schulemann (Elberfeld): La problematica dei rapporti tra costituzione chimica e azione farmacologico-terapeutica; Weese (Elberfeld): Terapia ipnotica e narcosi basale; Hildebrandt (Giessen): Farmacologia e impiego clinico degli analettici della circolazione. Uffici: Pharmakologisches Institut, Nussbaumstr. 28, München, Germania.

Il 12 e il 13 luglio si sono svolte, per la prima volta, a Montevideo, le Giornate rioplatensi di ostetricia e ginecologia, organizzate dalle Società di ostetricia e ginecologia di Buenos Aires e di Montevideo.

Il 10 luglio fu tenuto a Elkins (Virginia occidentale, S. U. d'A.) un convegno sul cancro, in occasione dell'inaugurazione di una nuova clinica pel cancro al « Davis Memorial Hospital »; furono presentate sette relazioni.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 19 luglio, sotto la presidenza del prof. M. Donati; sono state fatte 22 comunicazioni.

L'« United Hospital Fund » di New York annunzia che lancerà un appello, durante il prossimo autunno, per la raccolta di 9.440.000 dollari (100 milioni di lire italiane). Il presidente della Fondazione, David H. McAlpin Pyle, stima che questa somma sia assolutamente indispensabile per arrestare l'incremento dei debiti dei 52 ospedali federati, che hanno 5.700.000 di dollari di fatture non saldate, oltre a 14.000.000 di dollari di debiti a lunga scadenza.

Il dott. Germinal Rodríguez ha presentato al Consiglio Deliberante della città di Buenos Aires, di cui fa parte, un progetto per la fondazione di un « Laboratorio di alta investigazione biologica » annesso al Servizio di Policlinica delle malattie infettive, diretto dal dott. Carlos Alberto Videla, nell'Ospedale F. J. Muñiz.

Da vari anni esiste a Belgrado, nella Clinica chirurgica, diretta dal prof. Kostitch, un'organizzazione per donatori di sangue. Si è ora tenuta una riunione di primari d'ospedale e di clinici, che hanno approvato una relazione al Ministero della sanità pubblica, affinchè venga creato un Istituto per la trasfusione del sangue, con scopi pratici e scientifici; vi sarebbero addetti clinici e studiosi; vi collaborerebbero le istituzioni sanitarie dell'Esercito.

L'Istituto tropicale di Tiflis (Russia) ha organizzato tre spedizioni scientifiche, incaricate dello studio e del trattamento dell'anchilostomiasi.

Si è iniziata la pubblicazione del periodico « Annales d'Actinométrie », destinato alla misura dei raggi solari (ultra-violetti, visibili e infra-rossi). Rivolgersi all'« Institut d'Actinologie », Vallauris, Alpes Maritimes, Francia.

La « Schweizerische Mediz. Wochenschrift » ha dedicato il numero del 24 agosto al prof. Rudolf Staehelin, clinico medico dell'Università di Basilea. Il fascicolo reca una presentazione di F. Müller, che dello Staehelin fu a lungo maestro, una presentazione dei redattori ed una serie di 21 articoli.

Gli « Archivos de Medicina Interna » di Avana hanno destinato il n. 2 del 1935 al prof. Pedro A. Castillo, titolare di Clinica medica nella Scuola di Medicina di quella città. Si tratta di un grosso volume di 470 pagine, in ottima veste tipografica, ricco di ben 27 lavori, molti dei quali recano firme reputate. Il volume è anche corredato del ritratto del giovane e illustre clinico cubano. (Sede del periodico: Perseverancia 52, Habana, Cuba).

Si è celebrato il 20º anniversario di fondazione della « Biblioteca della guerra mondiale », ospitata a Stoccarda, nel castello di Rosenstein, e fondata dall'industriale Riccardo Frank; è diretta dal dott. Tilers. Contiene 75.000 volumi, 5000 riviste, 2150 giornali, migliaia di fotografie, di cartoline illustrate, esemplari di carta moneta e di biglietti adoperati quali mezzi ausiliari di pagamento in Germania, tessere per l'acquisto di viveri, fogli volanti gettati dagli aeroplani ecc.; notevoli sono i giornali di combattenti e quelli pubblicati negli ospedali e nei campi di prigionieri.

La Repubblica dell'Uruguay, che ha poco meno di due milioni d'abitanti, annovera 1346 medici. Nella Facoltà medica di Montevideo sono ora iscritti 1236 studenti: si prevede che tra qualche anno l'Uruguay avrà un medico ogni 1000 abitanti.

Il consiglio d'amministrazione del Sindacato Medico della Senna, riunito il 17 luglio, presa conoscenza del decreto-legge che prevede una riduzione del 10 % sulle spese pubbliche e un abbassamento corrispondente del costo della vita, ha preso in esame una riduzione nella stessa proporzione degli onorari medici minimi, da applicare ai pazienti economicamente deboli, a partire dal ritorno dalle vacanze (1º ottobre) o, al più tardi, non appena le assemblee generali dei sindacati avranno potuto riunirsi.

L'Accademia berlinese di perfezionamento per i medici terrà dal 14 ottobre al 9 novembre 1935 un corso internazionale preliminare di omeopatia. La tassa d'iscrizione è di RM. 75; per i medici assistenti di RM. 40. Rivolgersi alla Segreteria dell'Accademia, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus), Berlin NW 7.

In occasione della premiazione annuale per atti di coraggio e di devozione compiuti nel Belgio, cerimonia svoltasi or non è molto a Bruxelles, nel Palazzo delle Accademie, presenti i Sovrani, venne decorato dal ministro dell'interno, du Bus de Warnaffe, il dott. M. Lemaire, professore di radiologia all'Università di Lilla, per un salvataggio compiuto a La Panne.

Il sottotenente medico J.-P. Steyn, dell'Esercito belga, che accompagnava l'aiutante Caryn a bordo di un biplano militare di ricognizione, ha battuto il primato d'altitudine, elevandosi a 9300 metri, registrata dai barografi. Egli si è lamentato sovratutto per il freddo, malgrado il quale ha potuto fare delle osservazioni scientifiche interessanti.

Il dott. Giuseppe Botticè, medico condotto a Pareto (Savona), ha ucciso per gelosia la propria moglie Romilde Marenco, di 19 anni, esplodendole contro cinque colpi di rivoltella; poi si costituiva ai carabinieri.

I carabinieri del comune di Secondigliano hanno denunziato all'autorità giudiziaria tre medici, i quali si sarebbero rifiutati di prestare assistenza ad una partoriente: uno perchè non specializzato in ostetricia, un altro perchè il compenso offertogli sarebbe stato inadeguato, il terzo perchè non avrebbe avuto l'abitudine di uscire di notte; la donna, certa Maria Pignataro, è morta.

È stato arrestato a Firenze il prof. comm. Oreste Fantappiè, per prescrizione abusiva di stupefacenti; presso varî farmacisti della città sarebbero state sequestrate oltre duemila ricette per stupefacenti, rilasciate dal detto professionista.

Un dentista di Vienna, dott. Pollak, colto da un ascesso di pazzia, avrebbe strappato 22 denti sani ad una cliente, la cameriera Maria Lechner, di 25 anni, dopo averla fatta legare sulla sedia operatoria da un assistente; la giovane cadde in una crisi nervosa, che è poi durata parecchi mesi.

È deceduto a Parigi, in età di 70 anni, il prof. FERNANDO PEREZ, ex ambasciatore dell'Argentina a Roma, autore di notevoli studi batteriologici (ha descritto il « bacillo di Perez », quale agente dell'ozena) e promotore dell'Istituto di malariologia di Roma; ideò una tecnica per il riconoscimento dell'autenticità dei quadri antichi (mediante la fotografia e la radiografia; un laboratorio *ad hoc* è stato impiantato al Museo del Louvre).

A. P.

È morto a Parigi, in età di 62 anni, il dott. ROBERT PROUST, professore di clinica ginecologica in quella facoltà di medicina e chirurgo nell'Ospedale Broca. La sua produzione scientifica fu molto vasta; egli si occupò principalmente della radioterapia del cancro (fu il primo ad applicare in Francia il radium) e del trattamento chirurgico della tubercolosi.

R. M.

Registriamo con dolore la perdita del dott. VENCESLAO FRASCHETTI, che esercitò a Roma la professione con vera nobiltà d'intenti; fu un valente giornalista medico e tenne per alcuni anni la redazione di « Federazione Medica »; collaborò anche quale redattore medico in importanti quotidiani della capitale, quale il « Giornale d'Italia »; era generalmente benvoluto come uomo e molto apprezzato quale professionista.

L. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 5 agosto all'11 agosto: Morbillo 202 (586); Scarlattina 116 (216); Pertosse 125 (334); Varicella 59 (90); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 529 (1266); Infezioni paratifiche 117 (164); Febbre ondulante 47 (59); Dissenteria 22 (41); Difterite e croup 210 (300); Meningite cerebro-spinale epidemica 6 (8); Poliomielite anteriore acuta 16 (16); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 4 (10); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 45 (63), dichiarata — (—); Pustola maligna 25 (33).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Rev. Neurol., feb. — A. BARRÉ. Le fibre motrici intramidollari delle radici rachidee poster.

Presse Méd., 27 mar. — G. MOURIQUAND. Distrofie alimentari.

Pathologica, 15 mar. — C. CIONI. Formazioni pseudovalvolari dell'endocardio ventricolare. — A POZZAN. Ipersplenismo e crasi ematica.

Ann. d'Ig., feb. — F. SANFELICE. Bacilli della tbc. bovina e streptotricee acido-resistenti. — E. BERTARELLI. Controllo biologico degli antivirus. — M. TALENTI e D. LEONARDI. Cataforesi batterica.

Forze San., 28 feb. — A. BONADIES. Gastrite cronica.

Münch. Med. Woch., 28 mar. — E. VON STRAMLIK. L'orologio fisiologico. — M. BIRCHER-BENNER. Il problema della dieta nell'ulcera.

Deut. Med. Woch., 29 mar. — Numero semimonografico sul sistema arterioso.

Klin. Woch., 30 mar. — S. ISAAC. Sul diabete. — TEUTSCHLAENDER. Lipogranulomatosi progressiva della muscolatura.

Paris Méd., 30 mar. — Numero sui gas di combattimento.

Riv. Ospedal., feb. — G. MICHETTI. Carcinomatosi cerebrale metastatica.

Rinasc. Med., 31 mar. — C. MASTROSIMONE. Carenza renale ed alterazioni istologiche del fegato.

Minerva Med., 24 mar. — J. BAUER e T. OLIARO. Patologia ereditaria e sue conseguenze pratiche. UDAONDO e al. Bismutoterapia endorachidea.

Arch. It. di Chir., feb. — A. COSTANTINI e G. BALLARIN. Peristalsi intestin.: azione di vari sali iniettati endovena. — V. SERGI. Falsa botriomicosi umana.

Practitioner, apr. — Numero sulle malattie dei bambini.

Riforma Med., 30 mar. — R. SILVESTRINI. Sondaggio del rachide. — L. VERNETTI BLINA. Potere antianafilattico del siero al tiosolfato.

Semana Méd., 21 feb. — J. A. CAEIRO. Stellectomia. — J. A. SEÑA. Retinite essudativa esterna. — 28 feb. F. R. TORRES. Curabilità spontanea della tbc. — J. T. LEWIS e F. P. LUDUEÑA. Sensibilità dell'occhio a diverse sostanze simpatico-mimetiche.

Ann. de Méd., apr. — M. VILLARET e al. Embolie polmonari sperimentali.

Med. Klin., 29 mar. — H. CURSCHMANN. Indicazioni dei bagni di mare in medicina interna. — M. GÜNZBURGER. Eziologia degli accessi acuti di gotta.

Rass. di Ter. e Pat. Clin., feb. — M. MICHELAZZI e G. BELLUCCI. Azione di estratti fecali sulla muscolatura liscia dell'intest.

Ann. di Ost. e Gin., 31 mar. — E. GIUDICI. La cute come emuntorio nelle intossicaz. gravidiche. — M. FABRIS. Diagnosi prenatale di sesso.

Pediatria, 1 apr. — C. FACHINI e G. SCHWARTZ. È peggiorata la prognosi di difterite? — E. ZAMBRANO. Amenza pallidale.

Revue de Chir., mar. — L. COURTY. Morbo di Recklinghausen (osteosi paratiroidea). — MANDILLON e GEORGET. Poliposi generale diffusa del tubo digerente.

Giorn. di Med. Milit., mar. — CALIENDO. Semeiotica dell'apparato vestibolare.

Riv. San. Sicil., 1 apr. — G. CASCIO ROCCA e G. PARRINO. Etiologia tubercolare del pemfigo.

Presse Méd., 3 apr. — N. FIESSINGER e M. ALBEAUX-FERNET. Colecistiti tossiche. — R. PUGLIESE. Tiroidectomia totale nelle cardiopatie.

Dermosifilografo, mar. — G. RADAELI. Processi infiammatori acuti non gonococcici dei genitali masch.

Sang, 4. — I. GOIA. Forma epatica della linfogranulomatosi maligna. — C. VLADOS e J. MEERSON. Reazioni gravi e complicazioni mortali consecutive alla trasfus. di sangue.

Bull. Ac. de Méd., 26 mar. — C. GUÉRIN. Prove dell'efficacia del BCG.

Clin. Med. It., mar. — G. BRUNI. Iperazotemia nelle malattie e lesioni del sistema nervoso centr.

Archives Intern. Med., mar. — G. FRIEDMAN. L'apparato cardiovascolare nei diabetici. — H. O. MOSENTHAL e M. BRUGER. L'eliminazione di urea come misura della funzione renale. — W. B. CHEW e al. Terapia ormonica dell'emofilia. — A. R. BARNES. L'elettrocardiogramma nell'infarto miocardico. — W. S. MC CANN. Il morbo di Bright.

Riv. di Chir., mar. — A. ANGELI. Gastroenterostomia plastica — G. BRENDOLAN. Ulcera piloroduodenale; cura con la duodeno-sfinterectomia.

Klin. Woch., 6 apr. — WAGNER-JAUREGG. Meccanismo della febbre e dell'infezione terapeutiche. — H. SCHROEDER. Eliminaz. dell'acido ascorbico.

Deut. Med. Woch., 5 apr. — GUNDEL e WALLBRUCH. La polmonite lobare come malattia epidemica.

Arch. Ist. Bioch. It., mar. — G. CAPUANI e C. SALARIS. Il calcio nella tbc. — L. SCHIOPPA. Ricerche sulla vitamina E.

Journ. A. M. A., 23 mar. — J. H. MEANS e J. LERMAN. Azione dello iodio nella tirotossicosi. — W. O. THOMSON e al. Farmacologia della tiroide.

Journ. Méd. Franç., mar. — Numero sulla terapia moderna dell'ulcera gastrica.

Med. Klinik, 5 apr. — R. SCHMIDT. Dati fondamentali sulla terapia del sistema diger. — E. URBACH. Terapia antiallergica.

Paris Méd., 6 apr. — Numero di gastro-enterologia.

Brit. Med. Journ., 5 apr. — W. H. M. TELLING. La fibrosite. — R. D. CLAY e R. D. LAWRENCE. Il diabete insulino-resistente.

Rinasc. Med., 15 mar. — S. MORABITO. Ipotensione arteriosa permanente e albuminuria ortostatica.

Acta Med. Scand., I-II. — K. BRÖCHER-MORTENSEN. La bilirubinemia come prova di funzionalità del fegato. — P. A. KUTSCHERENKO e R. M. MAISLISCH. Insufficienza paratiroidea. — M. S. KAPLINSKI e E. D. SCHULMANN. Sonnolenza periodica. — T. GEILL e K. SECHER. Il cuore nell'obesità.

Id., Suppl. LX. — G. NYLANDER. L'anemia nelle malattie renali diffuse.

Sperimentale, feb. — M. COPPO e P. FRUGONI. Paratiroidi e regolazione del calcio. — F. MARCHESI. Vitamina E, azione riproduttiva ed ormoni. — M. AIAZZI-MANCINI. Riflessi d'inalazione per le vie sopra e sotto-glottidee.

Wien. Klin. Woch., 12 apr. — ZAPPERT. Trauma del parto e sist. nerv.-centr. — HARTMANN. Sindrome di Korsakow.

Presse Méd., 10 apr. — A. CLERC. L'insufficienza cardiaca. — R. COLELLA e G. PIZZILLO. Trattam. dell'emorragia cerebrale.

Croce Rossa, gen. — E. MARAGLIANO. L'immunizzazione dell'uomo dalle malattie tbc.

Deut. Med. Woch., 12 apr. — KIKUTH. Chemioterapia della malaria. — MATZNER e al. Ereditarietà e sterilizzazione.

Arch. Mal. d. Reins, gen. — C. OBERLEY e G. HOERNER. Le glomerulonefriti. — E. CHAUVIN. Prolasso della mucosa uretrale nella donna.

Clin. Chirurg., mar. — E. FRANCESCHI. Tubercoloma renale e tubercolosi renale pseudo-neoplastica. — R. GATTA. Calcolosi ureterale bilaterale contemporanea.

Giorn. di Clin. Med., 10 apr. — M. SELLA. Meningite da melitense. — P. DE LAMA. Patologia venosa addominale.

Rinasc. Med., 15 apr. — M. PETRAROLA. Epidemia di melitense. — C. MOLÉ. Litiasi bronchiale.

Arch. It. di Chir., mar. — G. PIERI. Chirurgia del sist. nerv. veget. — P. CAZZAMALLI. Variazioni umorali post-operatorie.

Haematologica, III. — P. INTROZZI. Patologia del sistema megacariocitico. — L. BELTRAMELLI. Resistenza globul. dopo trasfusione di s.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. **A. POZZI, resp.**

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 16 Settembre 1935 - XIII Num. 37

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

RIVISTE GENERALI

OSPEDALE MILITARE DI ROMA.

Direttore: Ten. Col. GIULIO MASSERANO.

Terapia delle lesioni da aggressivi chimici

Dott. GIORGIO GIORGI, maggiore medico.

Le sostanze chimiche, impiegate come aggressivi nella guerra mondiale, furono una cinquantina, però la maggior parte di esse non avendo corrisposto, furono abbandonate. Solo una diecina, che ebbero largo impiego, furono usate sino alla fine della guerra.

Nel dopo guerra gli studi si rivolsero nella ricerca di tutte quelle sostanze chimiche, che, possedendo quei dati requisiti fisici, chimici, tossicologici, tattici, potessero essere impiegate a scopo bellico.

Di queste, infatti, nelle varie nazioni ne sono state studiate parecchie, molte rese note, altre mantenute segrete.

Le sostanze aggressive sino ad oggi conosciute, sia quelle impiegate in guerra, sia quelle studiate successivamente, determinano alterazioni patologiche diverse e vengono comunemente classificate dal punto di vista sanitario, seguendo il criterio della loro prevalente azione fisio-patologica.

Secondo questo criterio si suddividono in quattro classi:

1ª Aggressivi chimici a prevalente azione soffocante;

2ª Aggressivi chimici a prevalente azione vescicatoria;

3ª Aggressivi chimici a prevalente azione irritante, distinti a loro volta in lacrimogeni e in starnutatori;

4ª Aggressivi chimici a prevalente azione tossica.

Però questa classificazione non si deve prendere in senso assoluto, in quanto vi sono aggressivi i quali possono essere classificati indifferentemente in più di una categoria perchè posseggono azioni fisio-patologiche diverse.

La terapia delle lesioni da aggressivi chimici ha caratteristiche proprie a questi nuovi agenti etiologici.

La sua conoscenza deve essere profonda perchè da un pronto ed appropriato intervento terapeutico dipende la vita dei gassati.

Nei riguardi della terapia esistono delle nor-

me generali comuni a quasi tutte le intossicazioni da aggressivi chimici di guerra, cioè:

1° *Sopprimere l'azione della sostanza tossica;*

2° *Sbarazzare l'organismo dalla medesima;*

3° *Prevenire od arrestare l'evoluzione delle lesioni in via di sviluppo;*

4° *Curare le lesioni in atto.*

Per sopprimere l'azione della sostanza tossica esiste un solo mezzo uguale per tutte le intossicazioni, cioè quello di allontanare l'individuo dalla zona intossicata, trasportandolo all'aria pura. Se ciò non fosse possibile per circostanze speciali, occorrerà applicare i mezzi opportuni di protezione.

Per sbarazzare l'organismo dalla sostanza tossica, bisogna ricorrere a tutti quei mezzi atti ad allontanare l'aggressivo a contatto di esso, ricorrendo alla detersione, neutralizzazione, lavaggi, ecc.

Per prevenire e arrestare l'evoluzione delle lesioni, si ricorrerà a tutte quelle operazioni che riguardano la bonifica umana e alla terapia precoce o preventiva.

Per curare le lesioni che si siano già manifestate, si ricorrerà a tutti quei sussidi terapeutici che saranno indicati caso per caso.

I. AGGRESSIVI CHIMICI A PREVALENTE AZIONE SOFFOCANTE.

In guerra furono adoperati come soffocanti il *cloro*, il *fosgene*, la *cloropicrina*, i *chetoni bromati*, il *cloroformiato di metile mono-bitriclorurato*, il *solfato dimetilico*, le *miscele* di *cloro* e *fosgene*, di *cloro* e *cloropitrina*, ecc.

Come soffocanti possono considerarsi che agiscano anche il *cloruro* e *bromuro* di *cianogeno* e i vapori nitrosi.

Le sostanze di questo gruppo agiscono con prevalenza sulle vie respiratorie, sulle quali determinano delle lesioni tali da produrre l'asfissia per edema polmonare.

Nella cura dei colpiti da questi aggressivi si può distinguere:

1) *Una terapia d'urgenza o di pronto soccorso.*

2) *Una terapia consecutiva.*

Questa distinzione, principialmente teorica, sta a significare che in questi ammalati l'intervento terapeutico è efficace in quanto è immediato.

1) *Terapia d'urgenza o di pronto soccorso.* — Si esegue ovunque si verifichino casi di intossicazione da prodotti aggressivi.

Essa si può considerare come la prima cura che generalmente si esegue nelle formazioni sanitarie di prima linea, e in parte anche nelle stesse minori unità delle varie armi.

Nei colpiti da soffocanti, il soccorso d'urgenza mira sopratutto a prevenire e combattere l'edema polmonare e le sue conseguenze, cioè l'*anossiemia*.

A tale scopo si è cercato di aumentare l'impermeabilità dei capillari sanguigni con le iniezioni intramuscolari di *calcio*.

I risultati incoraggianti ottenuti *autorizzano ad applicare la calcio-terapia in ogni gassato da aggressivo soffocante.*

In principio venne anche tentata una terapia antidotica. Si è cercato cioè di rendere l'aggressivo innocuo per l'organismo, tentando di neutralizzarlo con sostanze chimiche.

A questo scopo vennero impiegate inalazioni di soluzioni di bicarbonato di sodio, iposolfito di sodio e perfino di ammoniaca, di cloroformio. Questa cura è inefficace e forse anche dannosa. È inefficace perchè gli aggressivi soffocanti generalmente si decompongono subito a contatto con la mucosa dei bronchi e con l'epitelio degli alveoli polmonari.

Maggior successo sembra abbiano avuto le esperienze di Wedder e Lawyer, i quali cercarono di neutralizzare nel polmone la maggior quantità di soffocante e dei suoi prodotti di scissione, iniettando un'enzima: *l'ureasi*. Questa, idrolizzando l'urea dell'organismo, produce ammoniaca, che a sua volta neutralizza l'acido cloridrico che si è prodotto nei tessuti dall'idrolisi del fosgene.

Gli stessi autori, per prevenire l'edema polmonare, hanno avuto risultati incoraggianti iniettando nelle vene una soluzione gommosa di glucosio.

Però, di fronte a tutti questi tentativi, da prendere in considerazione per ulteriori e più complete ricerche, i principali sussidi terapeutici di pronto soccorso che si debbono sollecitamente applicare, oltre alla calcio-terapia, sono: il *riposo*, il *calore*, l'*ossigeno-terapia*, il *salasso*, l'*emeto-terapia*.

Nei riguardi poi della *respirazione artificiale* diremo i pericoli che presenta e le sue rare indicazioni.

1° *Riposo.* — La più importante misura è rappresentata dal riposo assoluto del colpito. Con il riposo si cerca di ridurre al minimo il fabbisogno di ossigeno per l'organismo.

Negli stati iniziali, ogni attività muscolare, ogni movimento può essere capace di aggravare tutti i sintomi e portare rapidamente all'asfissia mortale.

Quindi ogni individuo che abbia respirato un prodotto ad azione soffocante, specie fosgene, deve essere messo in assoluto riposo, anche se all'esame obbiettivo non presenti segni di lesioni polmonari in atto.

Quando poi l'edema polmonare ha già fatto la sua comparsa e gli scambi respiratori nei polmoni sono già ostacolati, è ancora più sentita la necessità di ridurre al minimo il quantitativo di ossigeno necessario all'organismo e quindi l'attività muscolare, che è la principale causa del consumo di esso.

Si può così ottenere col riposo assoluto una

riduzione fino ad 1/4 della quantità di ossigeno occorrente all'individuo in movimento.

In base a questo concetto, si deve prescrivere che lo sgombero dei colpiti da aggressivi chimici ad azione soffocante sia effettuato in barella. Nell'attesa i pazienti debbono essere sorvegliati perchè non compiano alcuno sforzo muscolare, compreso quello di gridare, agitarsi, ecc.

Per questa ragione si rende anche necessario sollevare lo stato psichico del colpito, per impedire agitazioni inutili e dannose.

Si lascerà libero il malato di stare nella posizione più comoda; generalmente è indicata quella supina; in caso di bisogno si solleverà la parte superiore del tronco.

Appena possibile, ai militari ricoverati in ambienti chiusi, specie se riscaldati, dovranno essere cambiati gli abiti, perchè alcuni prodotti aggressivi (come la cloropicrina) sono persistenti e possono seguitare a sviluppare vapori tossici, che inalati dagli infermi e dal personale di assistenza, sono dannosi.

2° *Calore.* — Se è necessario in molti casi, come abbiamo detto, togliere gli indumenti ai colpiti per evitare che continuino ad inalare i gas aderenti ad essi, bisogna però fare in modo che il malato non abbia alcuna sensazione di freddo, perchè è meno dannosa l'ulteriore azione del gas aderente ai vestiti, che le conseguenze del raffreddamento.

Come è noto, il freddo determina disturbi circolatori delle mucose e favorisce pertanto l'edema polmonare.

Inoltre, l'energia muscolare richiesta dai continui brividi, aumenta il fabbisogno di ossigeno da parte dell'organismo.

Per questa duplice ragione il freddo accelera e facilita l'edema polmonare. Pertanto il malato sarà tenuto ben coperto e anche riscaldato, ove occorra, con bottiglie calde.

I vestiti saranno tolti solo quando ve ne siano di ricambio o si abbiano coperte sufficienti.

3° *Ossigeno-terapia.* — L'ossigeno deve essere somministrato ai gassati sia che presentino la cianosi *bleu*, che quella pallida.

Essi hanno bisogno di ossigeno per un lungo periodo, specialmente nelle due prime giornate.

Deve somministrarsi anche nei casi di media gravità con o senza edema polmonare, per impedire che questi malati precipitino in uno stato di asfissia più grave.

I risultati della somministrazione di ossigeno sono spesso miracolosi; la cianosi scompare in genere rapidamente e viene sostituita dal colorito roseo.

Solo in rari casi non si riesce ad eliminare completamente la cianosi con la somministrazione di ossigeno.

Con la scomparsa della cianosi si eliminano anche le conseguenze della mancanza di ossigeno. Gli ammalati che erano prima irrequieti, subentrano in una fase di calma e tranquillità. Ciò è anche molto vantaggioso perchè diminuiscono i movimenti. Il respiro diviene tranquillo, la dispnea migliora, senza però scomparire completamente, pure essendo scomparsa la cianosi.

È bene avvertire che, talora, la somministrazione di ossigeno può aumentare transitoriamente la dispnea.

Ciò è dovuto principalmente al fatto che il centro respiratorio, durante lo stato asfittico, è rimasto per vario tempo in deficienza di ossigeno e sottoposto all'azione dei prodotti catabolici dell'organismo abnormemente aumentati, i quali lo hanno reso pigro agli stimoli dell'anidride carbonica che si è accumulata nel sangue, varcando in tal modo la soglia della sua eccitabilità. Quando l'ossigeno affluisce di nuovo con abbondanza per effetto delle inalazioni, il centro respiratorio riacquista la sua sensibilità normale, rispondendo più prontamente allo stimolo dell'anidride carbonica proveniente dal sangue.

Quindi, in questi casi, la dispnea aumenta e persiste fino a che non venga eliminato attraverso i polmoni l'eccesso dell'anidride carbonica che si era accumulato nel sangue durante il periodo asfittico.

Questa eventualità si può manifestare solo nei casi di cianosi *bleu*, perchè solo in questi si riscontra aumento di anidride carbonica nel sangue.

Se prima esisteva semi-inconscienza, il sensorio ritorna integro sotto l'azione dell'ossigeno.

Anche il polso migliora sensibilmente.

La pressione sanguigna elevata (pressione asfittica) diminuisce progressivamente sino al normale, e talora al disotto.

Vengono in altri termini eliminate tutte le conseguenze della deficienza di ossigeno.

Ciò dimostra chiaramente come tutto il quadro clinico da aggressivi soffocanti, s'impernia sopra un'unica causa: sull'anossiemia.

Ma per raggiungere questi risultati ha molta importanza il metodo e la durata di somministrazione dell'ossigeno.

È necessario che su questo argomento i medici abbiano un concetto chiaro e preciso, perchè i successi della somministrazione dell'ossigeno dipendono principalmente dal metodo e dalla durata di essa.

Nel praticare l'ossigeno-terapia ai colpiti da aggressivi soffocanti, bisogna attenersi alle seguenti norme:

a) *L'ossigeno deve essere somministrato per mezzo di speciali apparecchi ad una concentrazione non inferiore al* 60 %.

Gli apparecchi, che brevemente descriveremo, consentono di poter somministrare l'ossigeno puro o ad alta concentrazione.

Apparecchio « tipo *Draeger* »: è composto

da una piccola bombola contenente 180 litri di ossigeno, valvola di riduzione, sacco respiratorio, tubo di gomma e mascheretta fornita di valvola espiratoria. Può fornire da 3 a 15 litri al minuto. Il funzionamento è semplice. Attraverso la valvola di riduzione e il manometro, l'ossigeno arriva al sacco respiratorio e da questo, attraverso una valvola, passa nella maschera. Durante la fase espiratoria l'aria di espirazione esce attraverso la valvola espiratoria della maschera, mentre il sacco respiratorio si riempie di ossigeno, il quale non passa nella maschera per la presenza di una valvoletta inspiratoria che viene tenuta chiusa dalla tensione dell'aria di espirazione. Nella fase inspiratoria, per effetto della depressione inspiratoria che si determina nella maschera, mentre si chiude la valvola espiratoria, si apre quella inspiratoria, facendo defluire l'ossigeno dal sacco alla maschera.

L'esercito tedesco ha in dotazione un tipo simile, ma più grande, contenuto in uno speciale cofano del peso di kg. 12-14. Dispone di 300 litri di ossigeno e si può trasformare in apparecchi per somministrazioni multiple (da 2 a 4).

Apparecchio « tipo *Audos* » (Auer): se ne hanno tre tipi: *Audos J.* 1, il quale è provvisto di 330 litri di ossigeno, serve per una sola persona; *Audos J.* 2, che serve per due persone; *Audos J.* 4 serve per 4 pazienti e non è contenuto in cassette di legno come i due precedenti.

Questi apparecchi differiscono dagli altri tipi, perchè sono sprovvisti di valvola di riduzione e l'afflusso dell'ossigeno avviene per mezzo di una valvola automatica regolata dai movimenti respiratori per mezzo di due leve di governo che si trovano nell'interno del sacco respiratorio.

In questo modo non si ha alcuna dispersione di ossigeno e il malato riceve quella quantità che gli occorre.

Apparecchio «tipo *Novita*» (Siebe-Gormann): composto come gli altri di bombola, manometro, valvola di riduzione, tasca di gomma con valvola inspiratoria azionata da forza polmonare. Questo apparecchio, a differenza degli altri, presenta sulla mascheretta una valvola con duplice funzione. Permette da una parte la fuoruscita dell'aria espiratoria nella fase espiratoria, dall'altra l'entrata dell'aria esterna nella fase inspiratoria per diluire l'ossigeno che defluisce dal sacco respiratorio. Per la presenza di questa valvola si somministra l'ossigeno a concentrazione più bassa. Questo apparecchio è stato fabbricato su un tipo simile precedentemente studiato da Haldane.

Esistono inoltre apparecchi per somministrazioni collettive, per uso di ospedali, come il tipo *Salvoa*, da sistemare al capezzale degli infermi.

b) *La quantità di ossigeno da somministrare non deve essere inferiore ad una media di sei litri al minuto.*

Benchè Haldane consigli di somministrare tre litri al minuto, l'esperienza ha dimostrato che per ottenere effetti utili, la somministrazione deve essere più abbondante.

c) *La somministrazione dell'ossigeno deve essere precoce, protratta e ripetuta specialmente nelle prime due giornate.*

Non si deve sospendere la somministrazione dell'ossigeno appena è scomparsa la dispnea e la cianosi, ma è necessario protrarla un po' più a lungo. Può ugualmente avvenire che ricompaiano la dispnea e la cianosi dopo che è stato sospeso l'ossigeno. In tal caso bisognerà ripetere la somministrazione ogni qualvolta si verifichi questa eventualità.

d) *L'ossigeno non deve essere somministrato sotto pressione.*

Nei colpiti da aggressivi soffocanti non si debbono impiegare apparecchi che forniscano l'ossigeno sotto pressione, perchè il polmone in questi ammalati, essendo già leso, è facilmente vulnerabile. Per effetto della pressione si corre facilmente il rischio di provocare lacerazioni degli alveoli e conseguentemente enfisema polmonare e sottocutaneo.

Si debbono quindi evitare tutti quegli apparecchi che forniscono l'ossigeno sotto pressione, come quelli del tipo *Pulmotor.*

e) *L'ossigeno da somministrare ai colpiti da aggressivi soffocanti non deve contenere anidride carbonica.*

Come già abbiamo visto, nel sangue di questi ammalati si determina un accumulo di anidride carbonica (cianosi *bleu*) per cui non è opportuno aggiungerne all'ossigeno da somministrare.

Altre vie di somministrazione dell'ossigeno. Furono anche impiegate la via endovenosa e la sottocutanea.

La via endovenosa sembrerebbe la più razionale perchè trasporta direttamente l'ossigeno nel sangue. Però questo metodo di somministrazione può provocare incidenti spiacevoli (dilatazione cardiaca ecc.), specie nelle circostanze in cui dovrebbe essere impiegato in guerra.

La via sottocutanea non è sufficiente da sola a soddisfare i bisogni dell'organismo. Perciò questa via di introduzione, non deve fare sospendere affatto le inalazioni di ossigeno.

Però l'osservazione clinica ha dimostrato che l'iniezione d'ossigeno dà buoni risultati, in quanto agisce anche come tonico.

La dispnea infatti diminuisce, l'agitazione scompare, il malato ha una sensazione di benessere.

Sono stati ideati numerosi apparecchi per la somministrazione dell'ossigeno per via sottocutanea, ma il mezzo più semplice che si consiglia, è il classico sacco o pallone di os-

sigeno unito per mezzo di un tubo di gomma ad un grosso ago o piccolo trequarti, che s'infigge nel tessuto sottocutaneo, e per semplice pressione del pallone si fa l'iniezione lentamente.

Il tessuto sottocutaneo tollera senza inconvenienti anche dosi piuttosto elevate di ossigeno; questo viene riassorbito in 12-24 ore.

L'assorbimento avviene più o meno rapidamente a seconda del bisogno dell'organismo; e perciò è più rapido negli asfissiati che nei soggetti sani. L'iniezione viene rinnovata quando l'assorbimento è quasi completo.

La pelle che era stata tesa dal gas, dopo il riassorbimento è completamente rilasciata; non si avverte più che una leggera crepitazione, che persiste per qualche giorno ed è dovuta alla presenza di acido carbonico, più difficilmente assorbibile dell'ossigeno, che si sviluppa dalle combustioni che si producono nei tessuti a contatto diretto dell'ossigeno.

È stata anche tentata, senza successo, la via rettale. Si vide che l'assorbimento per questa via è quasi nullo.

Durante la guerra gli inglesi somministrarono l'ossigeno per via rino-faringea, impiegando un comune catetere di gomma, ben lubrificato, che veniva introdotto in una narice fino al faringe. L'estremo del catetere era in comunicazione con un bidone o sacco o con una bomboletta fornita di valvola di riduzione. Il paziente doveva respirare col naso e tenere la bocca chiusa. L'altra narice libera permetteva la miscela dell'aria con l'ossigeno.

Con questo metodo una parte dell'ossigeno va perduto perchè, essendo il flusso costante, non viene utilizzato l'ossigeno nella fase espiratoria e nella pausa.

Però, di fronte a tutti questi mezzi e via di somministrazione, le inalazioni di ossigeno, praticate convenientemente e con opportuni apparecchi, rappresentano la via più semplice ed efficace.

L'ossigeno, oltre ad essere adoperato per vincere l'anossiemia nelle intossicazioni acute, venne anche esperimentato con successo nei postumi di esse cioè, in quelle speciali condizioni morbose nelle quali residuano respiro frequente e superficiale, tachicardia, cardiopalmo, aritmie, in relazione a stati anossiemici consecutivi a lesione dell'epitelio polmonare o ad irritazione del riflesso di « Hering e Breuer » con disturbi della ventilazione polmonare.

4° *Salasso.* — Il salasso, nei colpiti da aggressivi soffocanti, è uno dei sussidi di pronto soccorso più efficace.

Nella passata guerra venne sperimentato non appena si ebbero i primi casi di colpiti da cloro, ma passò un certo tempo prima che ne venisse riconosciuta l'utilità e questo metodo di cura si affermasse.

Venne consigliato e caldamente sostenuto specialmente dagli inglesi, in base alla precedente esperienza in affezioni simili verificatesi nelle miniere del Sud-Africa in seguito ad esplosioni con sviluppo di vapori nitrosi. Questi determinavano nei colpiti l'edema polmonare con l'identica caratteristica del periodo di remissione, come si ha nei colpiti da fosgene.

In tali accidente si era notato che un generoso salasso, praticato prima della comparsa dei segni gravi dell'edema, poteva evitare questa complicazione mortale.

Durante la passata guerra, nel periodo degli attacchi col cloro, il salasso fu usato all'inizio solo in pochi casi con cianosi grave, e sembrò non avesse alcuna efficace influenza sulla mortalità.

Invece negli attacchi successivi con miscele di cloro e fosgene (aprile-maggio 1916), il metodo venne adottato con più larghezza e rapidità e si constatarono così i suoi benefici effetti.

Nell'applicazione della salasso-terapia si debbono seguire le seguenti norme:

a) *Il salasso deve essere praticato solo nei casi di cianosi bleu*, con polso pieno, congestione venosa, con aumento della pressione arteriosa.

Invece *nell'asfissia pallida o grigia*, ossia nel tipo più grave dell'edema polmonare, il *salasso non solo è inefficace, ma assolutamente controindicato, perchè dannoso.*

In questi casi il salasso può essere sostituito da una *cura diaforetica.* La diaforesi si può ottenere con impacchi, senapismi, borse o bottiglie calde, aria calda, previa somministrazione di caffè, the caldo con rhum, cognac. Non si consigliano i bagni caldi, perchè affaticano troppo il malato.

Anche in tutti quei casi in cui vi sia un grande numero di gassati e il personale sanitario sia insufficiente a salassare tutti, si può nel frattempo, ricorrere alle cure diaforetiche e applicare soprattutto i *senapismi*, che hanno dato buoni risultati nella cura dell'edema polmonare.

Però il salasso rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per scaricare il circolo sanguigno.

I suoi effetti sono veramente sorprendenti: la pressione venosa si abbassa, cosicchè la corrente dalle arterie alle vene diviene più rapida; i tessuti sono più prontamente provveduti di ossigeno; più facile avviene il passaggio di liquidi e di scorie dai tessuti nel sangue; meno gravoso diventa il lavoro del cuore.

È chiaro pertanto il grande vantaggio che apportano al circolo queste modificazioni. Quando infatti esiste aumento di pressione e stasi venosa, la circolazione del sangue dalle arterie alle vene è ridotta e la nutrizione dei tessuti compromessa.

Dopo il salasso diminuisce il numero dei

corpuscoli rossi dell'intera massa sanguigna, ed anche nella unità di volume, perchè dai tessuti affluisce liquido al sangue. Ma più tardi i corpuscoli rossi aumentano di nuovo, perchè, se il midollo delle ossa funziona bene, viene dal salasso uno stimolo alla pronta produzione delle emazie sottratte. Infatti sono presto riconoscibili in circolo forme giovani di eritrociti.

Anche i globuli bianchi e le piastrine dapprima diminuiscono, poi aumentano.

L'afflusso di liquido dai tessuti nel sangue importa una diminuzione della viscosità di esso, la quale può durare sino a tre settimane dopo il salasso.

I colloidi nel sangue restano diluiti; la diuresi diviene più facile ed abbondante.

Dopo il salasso si ha diminuzione della cianosi e della dispnea, senso di benessere, affermato dagli stessi pazienti, che non lamentano più la cefalea e la costrizione al torace, mentre subentra una fase di calma che permette loro di poter riposare e dormire.

b) *Il salasso deve essere precoce.*

Si può dire che il salasso per l'edema polmonare è altrettanto indispensabile quanto la legatura di un arto in caso di emorragia.

Se viene praticato in tempo, impedisce che una quantità troppo grande di plasma passi nei polmoni. Quindi il salasso deve essere praticato al più presto possibile, anche ai posti di medicazione di battaglione.

Quanto più si attende nel praticare il salasso, tanto più questo riuscirà difficile, perchè più scarsa sarà la quantità di sangue che si riuscirà ad estrarre, e la sua efficacia sarà minore.

c) *Il salasso deve essere abbondante.*

Si può prelevare sino a un litro. In genere basterà estrarre da 500 ai 600 cmq.

Facendo precedere il salasso da un'iniezione di caffeina (g. 0,25), il sangue scola con più facilità.

Per rendere più fluido il sangue e quindi più efficace il salasso, si possono praticare clisteri a goccia e somministrare bibite abbondanti di acque minerali o alcaline.

Come coadiuvante del salasso, ha dato buoni risultati l'ipodermoclisi, specialmente se nelle soluzioni si aggiungono sali di calcio che evitano il pericolo di un aumento dell'edema polmonare.

Viene consigliata la soluzione di Ringer:

Cloruro di sodio	9
Cloruro di calcio	0,24
Cloruro di potassio . . .	0,42
Carbonato di sodio	0,2
Acqua distillata	1000

Quando il sangue, a causa della sua alta viscosità, non fuoriesce subito, si dovrà dissecare la vena ed isolarla per una lunghezza sufficiente (cm. 1), mantenendo poi dilatati i margini della ferita in modo che lo scolo del sangue venga assicurato in modo continuato. Non è consigliabile sezionare la vena trasversalmente perchè i margini si retraggono e vengono chiusi da un coaugulo o da un lobulo di grasso, e la fuoruscita di sangue si arresta.

Alcune volte, nonostante tutta l'esattezza di tecnica, non si arriva ad ottenere più di gr. 50-60 di sangue. In questi casi si deve mettere allo scoperto un'arteria, estrarre il quantitativo di sangue necessario e allacciarla.

Si è anche tentato di sostituire il salasso con 6-10 ventose scarificate sul dorso. Però queste non possono mai sostituire il salasso.

d) *Il salasso non deve essere non solo precoce ed abbondante, ma talora anche ripetuto.*

Non bisogna astenersi di salassare nelle Sezioni di sanità un malato, solo perchè fu salassato qualche ora avanti al posto di medicazione.

Nei casi gravi di edema polmonare con forte dispnea, si può essere costretti a ripetere il salasso 2-3 volte nelle 24 ore e fare perfino due salassi nelle 24 ore per tre giorni di seguito. Però, quando questo è ripetuto, viene limitato a gr. 150-200 per volta.

5° *Emeto-terapia.* — Nell'intossicazione da aggressivi soffocanti spesso il vomito è spontaneo.

Quando compare nei primi momenti della formazione dell'edema polmonare è di grande utilità, poichè libera lo stomaco, ristabilisce i movimenti del diaframma, abbassa la tensione arteriosa, previene la congestione polmonare e favorisce l'uscita del liquido edematoso dall'albero respiratorio ad edema conclamato.

Si può nel periodo iniziale provocarlo con manovre semplici: acqua calda con sale, titillamento dell'ugola.

È da sconsigliare in qualsiasi momento l'apomorfina.

Invece si può usare l'ipecacuana. Si consiglia di ricorrere subito alle dosi emetizzanti per evitare il lungo succedersi degli sforzi del vomito, i quali, sommati all'azione ipotensiva del farmaco, in individui che sono già in gravi condizioni, potrebbero condurre a stati di collasso.

Per ottenere l'effetto emetizzante nei colpiti da fosgene, cloro, si debbono impiegare alte dosi.

Si somministreranno cartine di un grammo ogni quarto d'ora, sino a produrre il vomito. Occorre spesso arrivare alla dose di gr. 3-4 prima che questo si manifesti.

In secondo tempo l'ipecacuana sarà data in dosi minori o sostituita con iniezioni di cloridrato di emetina (gr. 0,005).

L'alcaloide della radice dell'ipecacuana (emetina), oltre a provocare il vomito, ha una azione ischemizzante sui capillari polmonari. Per queste ragioni Wedder e Lawyer consigliano di ricorrere subito all'iniezione di emetina per combattere l'edema polmonare.

Se vi è abbondante espettorazione si può far ruotare la testa del paziente da un lato e poi sollevare i piedi del letto ad una altezza tale che il paziente si trovi inclinato con la testa in basso.

Si deve tenere presente che il vomito è molto utile, perchè si è visto che la prognosi è migliore nei malati nei quali si è riusciti a provocarlo.

È controindicato quando il cuore è debole, il polso è piccolo, la tensione arteriosa bassa e quando vi è minaccia di sincope.

Come pure non si deve provocarlo se l'individuo potrà essere esposto a subire un'ulteriore esposizione agli aggressivi, perchè il vomito gli impedirebbe l'uso della maschera.

Respirazione artificiale. Poichè dall'esame della letteratura sul pronto soccorso da prestare ai colpiti da aggressivi soffocanti, alcuni autori riportano casi in cui hanno notato una certa utilità dalla respirazione artificiale, accoppiata all'inalazione di ossigeno, è bene esaminare brevemente i pericoli che può offrire questa manovra.

Il polmone dell'ammalato, ripieno di liquido, per effetto dell'edema e con alterazioni enfisematose, durante le manovre indicate per la respirazione artificiale, può andare incontro a lacerazioni e dar luogo a conseguente enfisema mediastinico e sottocutaneo, con uscita di liquido dalla cavità pleurica e ad altre conseguenze dannose.

Infatti la maggior parte degli autori ritengono *che la respirazione artificiale in questi infermi non solo è inutile, ma dannosa*; mentre trova, come vedremo in seguito, la sua esatta indicazione nell'intossicazione da ossido di carbonio e da acido cianidrico.

Solo in quei casi di cessazione completa del respiro, che si verificano per fenomeni riflessi all'inizio dell'inalazione di prodotti soffocanti a concentrazioni molto alte, specie fosgene, la respirazione artificiale, se si arriva in tempo, può rappresentare l'unico mezzo di salvezza.

In questi casi non si debbono temere gli inconvenienti sopracitati, perchè in questo primo momento non ha avuto tempo di formarsi nei polmoni nè edema, nè enfisema.

Negli altri stadi di intossicazione da aggressivi soffocanti, solo nel caso che si manifesti arresto del respiro, si potrà tentare, però con molta cautela, la respirazione artificiale, facendo in modo di fare eseguire al paziente pochi movimenti muscolari, impiegando la manovra di Schaefer.

I tre metodi di respirazione artificiale, di Silvester, di Laborde, di Schaefer, verranno ricordati più avanti nel trattare la terapia negli intossicati da ossido di carbonio.

Rimane così tassativamente stabilito, che sino a quando l'ammalato respira spontaneamente, *non si deve praticare la respirazione artificiale.*

2) *Terapia consecutiva.* — La terapia consecutiva deve soddisfare a varie indicazioni e sovratutto combattere l'adinamia cardiaca e l'edema polmonare.

a) *Cardiocinetici.*

Per sostenere le forze del cuore si sono dimostrati molto utili: la *caffeina*, l'*olio canforato*, l'*etere canforato*, la *sparteina*, la *stricnina* anche a dosi di mg. 3-6 nelle 24 ore, i preparati della *digitale*.

Si dovranno però evitare le dosi di canfora troppo alte, perchè questa, eliminandosi in parte attraverso i polmoni, potrebbe produrre un aumento della secrezione bronchiale.

Gli inglesi vantano molto l'uso del *cognac*, che adoperarono come stimolante cardiaco.

Nei casi più gravi usarono con vantaggio le iniezioni di *pituitrina* (cgr. 0,05 ogni tre ore).

Nel disastro di Amburgo è stata tentata l'iniezione endo-cardiaca di adrenalina con esito negativo; mentre si sono dimostrate utili le iniezioni endovenose ripetute di *strofantina* (mgr. 0,5).

L'adrenalina non dovrà essere impiegata prima della convalescenza, perchè favorisce l'edema polmonare.

Anche la *morfina*, finchè si nutre la speranza di salvare l'ammalato, *non si deve impiegare*, perchè diminuisce l'eccitabilità del centro respiratorio, anche a piccole dosi.

Come calmanti si potranno invece somministrare la *dionina* e la *codeina*, il *veronal*. Non si somministrerà l'idrato di cloralio.

Giovano pure molto, per l'azione sedativa, specie contro i forti accessi di tosse spasmodica, l'ingestione di *perle di etere* a intervalli di 10 minuti.

Però non si dimentichi mai che il miglior calmante è l'ossigeno.

Contro la cefalea non si deve usare la fenacetina, l'aspirina o il piramidone, che possono esercitare una forte azione depressiva e determinare il collasso. Il migliore rimedio anche per la cefalea è sempre l'ossigeno.

b) *Espettoranti.*

Nei casi gravi e nei primi giorni non si debbono dare mai espettoranti, per non aggravare le lesioni esistenti nei polmoni, aumentando la tosse. Gli espettoranti si somministrano solo nell'ultimo periodo, quando cioè è cessato il periodo acuto.

Nei casi leggeri, si può dare subito la comune miscela espettorante a base di *poligala* con *liquore anisato d'ammonio* e *tintura di ipecacuana.*

I tedeschi vantano, come il più utile espettorante, lo *ioduro di potassio* (gr. 0,5-1 al giorno).

Vennero consigliate per combattere l'asfissia le iniezioni di lobelina, per la sua azione eccitante del centro respiratorio. Però nel disastro di Amburgo i risultati non furono molto incoraggianti.

c) *Terapia oculare.*

L'irritazione della mucosa oculare prodotta dagli aggressivi soffocanti, è generalmente passeggera e non ha bisogno di cure.

Se però l'infiammazione della congiuntiva perdurasse, si faranno lavaggi con soluzione di bicarbonato di sodio al 2,25-3 %, o con soluzione fisiologica tiepida, evitando di **strofinare** gli occhi e i bendaggi occlusivi.

d) *Terapia delle complicazioni polmonari.*

Per tentare di prevenire le complicazioni infettive respiratorie si disinfettano le vie aeree con introduzioni nelle narici di *olio gomenolato*, più volte al giorno, con lavaggi frequenti della bocca e della gola per mezzo di soluzioni leggermente antisettiche e calmanti.

Come pure si potranno lenire le manifestazioni irritanti della mucosa respiratoria con inalazioni di *soluzioni alcaline* leggere, *vapori d'etere, vapori di trementina* in acqua calda. Reca pure sollievo tenere avanti al naso un batuffolo di cotone imbevuto di alcoolato di menta oppure con eucaliptolo.

Le complicazioni infettive saranno trattate con la cura sintomatica abituale.

Nei casi ove lo stato generale è grave e la temperatura è elevata, come nelle bronco-polmoniti tardive gravi, la istillazione rettale, goccia a goccia, di acqua bollita fredda o di soluzioni glucosate, agiscono con risultati molto favorevoli.

e) *Dietetica.*

I cibi debbono essere somministrati in forma liquida ed in piccola quantità, latte, latte e caffè, the, brodo, e tale dieta si deve mantenere liquida anche nei giorni successivi.

Nei casi gravi con intensa sete, si possono dare le bevande comuni: acqua, caffè, the, preferibilmente tiepide.

I liquidi si debbono però somministrare in piccole quantità, per non provocare gli stimoli della tosse.

f) *Terapia nella convalescenza.*

L'alimentazione sarà ripresa a poco a poco; dapprima lattea, poi regime latteo-vegetariano.

Contro l'astenia sarà utile fare per alcuni giorni un'iniezione di stricnina. Se ne somministrano in media mgr. 2-5 nelle 24 ore, ma si può essere costretti di raggiungere la dose di mgr. 10 nelle 24 ore.

L'adrenalina può essere impiegata in questo periodo con grande prudenza. Se vi sono segni di insufficienza renale, si preferisce l'estratto totale di capsule surrenali.

Contro le crisi di dispnea da sforzo, sopratutto contro le crisi di dispnea notturna, l'unica cura è l'inalazione di ossigeno, che potrà essere somministrato anche a scopo preventivo. Sarà utile associare l'inalazione, gli esercizi respiratori e la somministrazione di tonici cardiaci.

Questo trattamento di rieducazione si effettuerà sopratutto negli ospedali delle retrovie o in appositi convalescenziari per gassati.

Indicazioni utili di terapia si sono potute avere dai 300 colpiti da fosgene nel disastro di Amburgo.

Dei colpiti curati in ospedale, ne morirono soltanto 10 in un periodo massimo di 12 giorni, quasi tutti i casi di morte si ebbero nel 1° e nel 2° giorno.

La cura adottata fu la seguente:

1° Iniezione intramuscolare di *calcio*, per aumentare la impermeabilità delle pareti alveolari.

2° *Salassi di 500-800 cmq. con effetti meravigliosi.*

A questi salassi si dovette la salvezza di molti casi gravi con edema.

3° Iniezioni endovenose di *glucosio al* 20 %, tentate nei casi gravi, non dettero risultati apprezzabili.

4° Iniezioni di lobelina, per via endomuscolare, endovenosa con scarsi risultati.

5° *La somministrazione di ossigeno è riuscita sempre molto utile ed assai efficace.*

6° Contro l'edema polmonare, oltre il salasso, dettero buoni risultati i *senapismi* ripetuti.

7° *Riposo assoluto in ambiente caldo.*

8° Divieto della respirazione artificiale.

9° In alcuni casi gravi si ebbero buoni risultati iniettando al momento dell'ingresso all'Ospedale, mgr. 0,5 di strofantina per via endovenosa. *(Continua).*

Pubblicazione di eccezionale interesse:

Dott. Prof. ALBERTO MISSIROLI

Direttore della Staz. sperim. per la lotta antimalarica (Roma)

Epidemiologia e profilassi della malaria.

Riportiamo l'Indice sommario del volume:

EPIDEMIOLOGIA. — CAP. I. La distribuzione della malaria nei vari periodi storici. — CAP. II. Tipi epidemici delle febbri malariche. — CAP. III. Agenti dell'infezione. - Plasmodi degli animali. - Metodi di ricerca. - Diagnosi differenziale dei parassiti malarigeni nei preparati colorati. - Coltura dei parassiti malarigeni. - La malaria indotta a scopo terapeutico. — CAP. IV. Sorgenti dell'infezione. — CAP. V. Veicoli dell'infezione. - Distribuzione geografica delle varie razze di *A. maculipennis.* - Metodi di indagini. - La posizione degli anofelini nell'entomologia sistematica. — CAP. VI. Ispezione di una zona malarica. - Ispezione di un lago artificiale. - Ricerca degli anofeli. - Misura dell'endemia. - Conteggio dei parassiti. - Ricerche sul sangue. - La sieroflocculazione di Herry. - Corredo per l'ispezione. *(Capitoli I a VI, da pag.* 1 *a* 347). — PROFILASSI DELLA MALARIA. — CAP. VII. Concetti generali. - Metodi profilattici. - Misure dirette contro il primo anello. - Id. contro il secondo anello. - Misure antilarvali. - Lotta contro gli anofeli adulti. - Mezzi diretti a proteggere l'uomo sano (terzo anello della catena). - Organizzazione della lotta antimalarica. *(Capitolo VII, da pag.* 348 *a* 477). — CAP. VIII. Controllo biologico dei preparati antimalarici. — CAP. IX. — La casa rurale. *(Capitoli VIII e IX, da pag.* 478 *a* 542). — *Indice generale,* da pag. 543 a 552.

Volume di pag. VIII-552., con 156 figure e 37 grafici nel testo, più 9 tavole fuori testo. Prezzo: in brochure L. **80**; rilegato in tela L. **90**, più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati al « Policlinico », rispettivamente, sole L. **73** e L. **83** in porto franco.

Per l'Estero, alle L. **73** *o alle L.* **83**, *aumentare L.* **10** *per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione raccomandata.*

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - Roma.

NOTE E CONTRIBUTI

Sull'acariasi professionale.

Dott. VITTORIO MAURO
dell'Istituto di Igiene della R. Università di Napoli e Medico Principale della Cassa Nazionale Malattie per gli addetti al Commercio.

Sotto il nome di « acariasi professionale » s'intende un gruppo di speciali dermatosi, provocate da alcuni parassiti accidentali, che possono infestare alcuni lavoratori. Gli acari capaci di produrre dermatosi parassitaria nell'uomo, sono innumerevoli, ed essi sono variamente classificati in sistematica. Dal punto di vista del loro parassitismo, secondo l'Alessandrini, essi possono classificarsi in tre distinti gruppi.

1) *Acari a parassitismo obbligato, continuo* per tutto il periodo della loro vita. Sono parassiti che vivono sempre sull'ospite infestato sia allo stato adulto, che ninfale o larvale;

2) *Acari a parassitismo obbligato, temporaneo* o *errante*. Sono parassiti che vivono sempre come tali sull'uomo o animali per nutrirsi, e possono passare da ospite a ospite.

3) *Acari a parassitismo facoltativo*. Sono quelli che possono giungere casualmente sull'uomo, allo stato adulto.

Le forme morbose provocate dagli acari nell'uomo, sono conosciute col nome generico di scabbie: di esse si distinguono le scabbie vere, e le cosidette pseudo-scabbie, secondo che il parassita obbligato è proprio della specie umana, oppure appartenga ad altra specie, o sia facoltativo. Gli agenti determinanti le pseudo-scabbie possono essere psorici e non psorici, a quest'ultimi appartengono quelli che provocano l'acariasi professionale.

A quanto mi consta, nessun trattato di malattie professionali spende qualche pagina per illustrare queste dermatosi, che sono intimamente legate al materiale di lavoro, poichè l'operaio, solamente attraverso questo, trova l'unica ragione di infestazione. È vero che alcune di queste dermatosi parassitarie non si riscontrano da noi, è vero che i precetti di igiene annonaria le hanno rese pressochè rare, ma è anche degno di rilievo che tale parassitismo accidentale è frequente molto più di quanto non si supponga. La loro rarità in massima parte, è legata al fatto che ben difficilmente i lavoratori colpiti ricorrono al medico, e questo perchè le lesioni, provocate da questi acari, sono facilmente rimovibili, anzi il più delle volte, guariscono spontaneamente.

Sono state descritte parecchie forme di pseudo-scabbie, e ciascuna di esse prende il nome specifico del mestiere che espone i lavoratori alla infestazione, o del materiale inquinato da essi maneggiato.

Fra queste pseudo-scabbie la più diffusa è quella che colpisce i lavoratori che scaricano il frumento dalle stive o dai vagoni, e gli operai che maneggiano farine avariate, formaggi vecchi e guasti, o altri prodotti alimentari andati a male. Essa va sotto il nome di « *acariasi da grano o da farina* ». Gli agenti che la provocano sono due, e sono:

1° *l'Aleurobius farinae*, conosciuto anche sotto il nome di *Tyroglyphus* o *Acarus farinae*. Appartiene alla famiglia Tyroglyphidae, vive abitualmente sulle derrate alimentari in decomposizione, in ispecie sui formaggi.

2° il *Pediculoides ventricosus*, della sottofamiglia Pediculoidinae, che vive da parassita abituale sulle larve e ninfe della Tinea granella, la cosidetta « Tignuola del grano », e su altri molteplici insetti: la Calandra graminis, il Tenebrio molitor, ecc., parassiti del frumento e di altri cereali.

La dermatosi ad essi legata presenta eruzioni cutanee varie, senza localizzazioni tipiche, caratterizzate dal prurito sempre intenso. Il *Pediculoides* è molto diffuso, e si trova frequentemente nei locali di deposito del grano, ove il cereale soggiorna a lungo; a causa della straordinaria riproduzione invadono rapidamente tutti i locali, ed a tal proposito l'Alessandrini riferisce che nel 1910 ebbe occasione, in Roma, di osservare un vagone ferroviario, in cui era stato trasportato del grano, e nel quale tale parassita era così sviluppato, da formare uno strato di polvere colore rosso scuro, dello spessore di qualche centimetro. Tale parassita aveva infestato parecchi lavoratori, adibiti allo scarico del vagone.

Scabbie dei droghieri, salumieri, venditori di frutta secca, canditi, ecc. ecc.

I parassiti che determinano queste dermatosi sono molteplici:

Il *Tyroglyphus siro*, come il precedente del genere Tyroglyphus. Vive su materiali alimentari organici in decomposizione, funghi secchi, farine, formaggi duri, e anche sulla vainiglia. È questo il parassita determinante quella speciale dermatosi che va sotto il nome di « vaniglismo cutaneo o professionale », caratterizzato da eruzione pruriginosa a forma di papule, alla quale si associa, con una certa frequenza, rinite ed anche blefarite.

L'*Histiogaster entomophagus*: del genere Histiogaster, e che ha un comportamento molto analogo al precedente.

Il *Glyciphagus domesticus*: del genere Glyciphagus. Vive sulla frutta candida, frutta secca, e anche sui dolci di zucchero stantii, confetti, ecc. ecc. a questo parassita si imputa la dermatosi caratteristica detta « scabbia dei droghieri ».

Scabbia dei lavoratori della canapa-thè, dei potatori di platani.

Sono tutti parassiti esotici che vivono in continenti lontani.

Il *Trombidium akamushi*: della famiglia Trombididae. Vive nel lontano Giappone, e la larva di questo parassita infesta i campi coltivati a canapa. Questo parassita, accidentale per l'uomo, ha una grandissima importanza in patologia, perchè capace di inoculare nei lavoratori della canapa il *virus* di una grave malattia chiamata « febbre da fiume ».

Il *Rhizoglyphus parasiticus*: della famiglia Tyroglyphidae, vive invece sulle piante del thè, ed è capace di provocare, con le sue punture, una dermatosi abbastanza grave, sia per estensione che per i fatti infiammatori secondari.

Il *Tetranicus molestissimus*: della famiglia Tetranychidae. Vive nelle regioni sud-americane; è chiamato in Argentina: *bicho colorado* (insetto rosso), a causa del suo colore, assieme al *Tetranicus telarius*, anch'esso dello stesso colore, vive sotto le cortecce dei tigli e dei platani, durante i mesi invernali. Ambedue sono molto temuti dai boscaiuoli, perchè possono assalire l'uomo provocando delle dermatosi assai pruriginose, con sviluppo anche di febbri.

Scabbia degli stallieri. Contrariamente a quanto si potrebbe credere, tale forma di pseudo-scabbia non è provocata da acari propri della specie equina, bovina, ecc., i quali possono anche accidentalmente aggredire l'uomo bensì è provocata da due acari speciali e cioè il *Lealaps stabularis* ed il *Lealaps marginatus*, entrambi della famiglia Gamasidae. Questi parassiti vivono abitualmente sia allo stato larvale che da adulti sopra alcune piante da foraggio, ed in preferenza nelle lettiere degli animali, nelle stalle, nei cascinali, ecc., ove trovano le migliori condizioni di vita per il loro sviluppo. Eventualmente possono aggredire l'uomo provocando delle dermatosi violente per l'insopportabile prurito, sebbene facilmente guaribili.

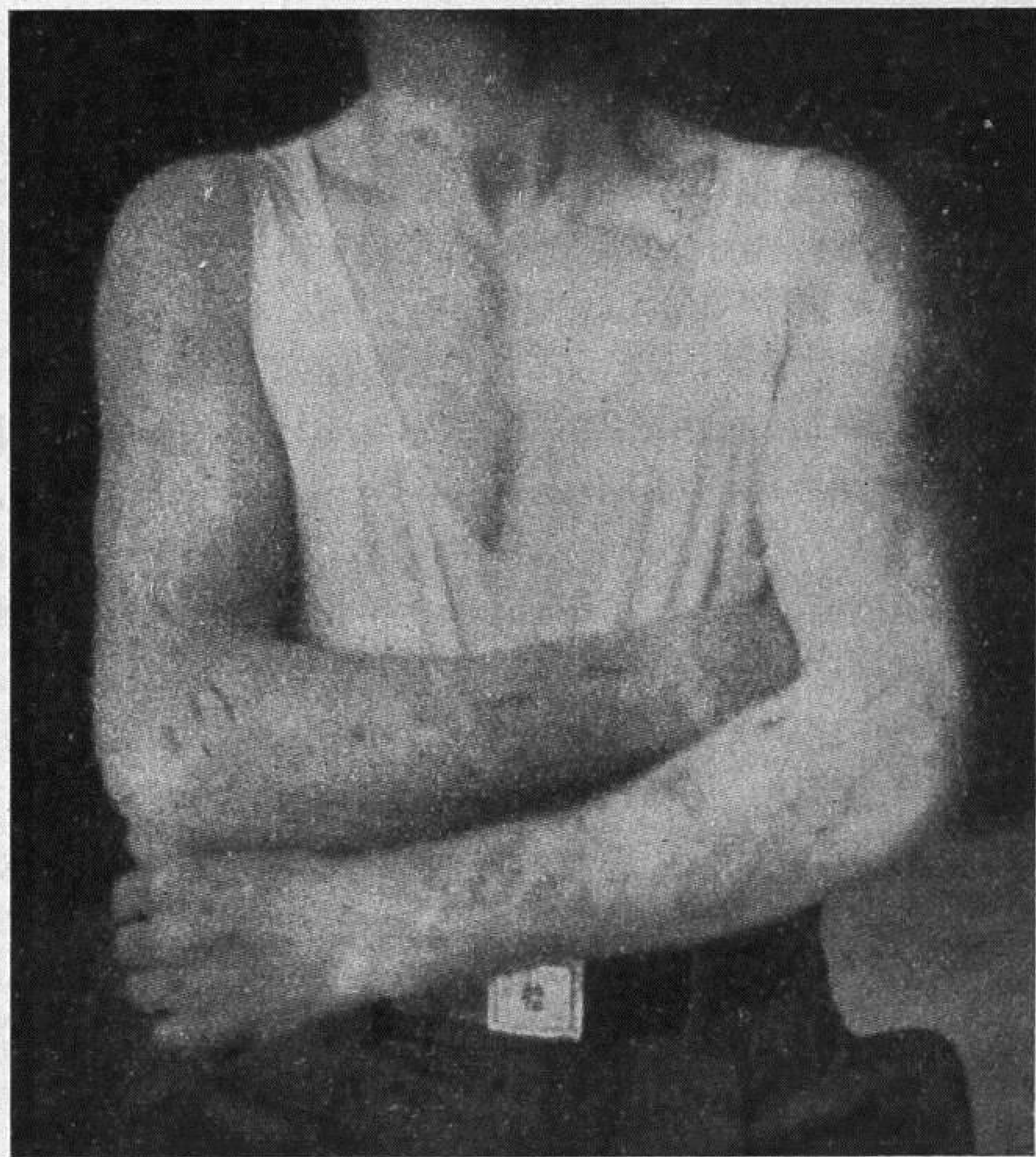
Scabbia dei bibliotecari. È una forma di dermatosi alquanto rara, che colpisce chi per mestiere o casualmente maneggia libri vecchi e polverosi; è abbastanza frequente nei venditori di libri usati. L'agente determinante è il *Cheyletus eruditus*, della famiglia Cheiletidae; acaro che oltre a vivere sugli stracci, vive anche nei libri polverosi, dai quali può passare facilmente sull'uomo.

* * *

Premesse queste notizie sulle pseudo-scabbie professionali, cercando di ricordare e riordinare nozioni già conosciute a proposito passo ad illustrare brevemente due casi di dermatosi parassitaria professionale, capitati alla mia osservazione.

Ambedue i soggetti, da me studiati, sono occupati in qualità di commessi addetti alla vendita nello stesso spaccio di generi alimentari, come tali sono assicurati alla « Cassa Nazionale Malattie per gli Addetti al Commercio ».

A. P., da Napoli, di anni 38. Commesso addetto alla vendita di prodotti alimentari varii: pasta, farine, carni insaccate, latticini, formaggi freschi e fermentati ecc. È capitato alla mia osservazione perchè affetto da una infermità cutanea, caratterizzata da una intensa eruzione, costituita da



piccole papule, di colorito rosso, frammezzate da scarse e piccole vescicole, eruzione, assai pruriginosa, che dal dorso della mano invadeva tutto l'antibraccio destro e sinistro, e sorpassando la piega del gomito si estendeva sulle due braccia; altre eruzioni del genere erano presenti anche alla parte anteriore ed alta del torace. Sia su gli arti che sul torace si notavano multiple abrasioni epidermiche, lineari e parallele, dovute ad un un intenso grattamento (vedi fig. 1).

Dall'anamnesi, accuratamente raccolta, risultò che parecchi giorni prima che si presentasse alla

visita, aveva avuto occasione di maneggiare, anche per un lasso di tempo piuttosto lungo, dei formaggi in uno scantinato adibito ad uso di deposito. A domanda se tali formaggi fossero stati guasti, l'infermo rispose che parecchie erano le forme andate a male, per cui, in compagnia di un altro commesso, era stato più giorni a farne un'accurata cernita.

L'affezione cutanea, di cui era colpito, a suo dire, iniziò con l'insorgenza di qualche papuletta rossa sulle mani ed antibracci, caratterizzate da intenso prurito; ben presto l'eruzione invase tutta la superficie delle braccia e, sempre accompagnato dal prurito, intensissimo nelle ore di sonno, cominciò a comparire anche sul torace. Oltre quanto ho già detto, l'e. o. della parte non lascia notare presenza di cunicoli, follicoli ingrossati, non tipiche vescicole perlate, ma qualche piccola pustola, e qua e là abrasioni, a forme di strie, alcune in parte coperte da crosticine secche, segni evidenti di rabbioso e pregresso grattamento.

Dato il momento etiologico sospetto, dato il carattere del prurito ad esacerbazioni notturne, l'assenza di lesioni tipiche, riportabili ad una vera scabbia, invitai il soggetto a procurarmi un pezzo del formaggio guasto, ed a convincere l'altro commesso a farsi osservare.

M. I., da Napoli di anni 26. Anche questo è impiegato presso la stessa ditta ma piuttosto ha mansioni di manovale, per cui lavora più spesso nei depositi. Come il precedente presenta sulle braccia, torace e guancia sinistra una dermatosi papulosa, pruriginosissima, per cui il soggetto ricorre ad assidui, lunghi grattamenti, che sugli antibracci specialmente, oltre ad abrasioni multiple, ha provocato, per l'impianto di germi piogeni, pustole numerose e di varia grandezza. Il soggetto riporta l'epoca dell'insorgere del suo prurito, fin da quando maneggiò il formaggio guasto in cantina, ed assicura che notò, dopo qualche tempo, sulle mani delle vescichette bianco-perlacee (vescicole perlate ?), e che fu presto invaso da insopportabile prurito.

Anche in questo infermo non ebbi a notare sulle parti lese cunicoli, follicoli ingrossati, nè corizza o blefarite.

In entrambi i casi da me osservati, una frizione di un preparato a base di solfo, preceduta e seguita da un bagno caldo saponato, fece sparire l'affezione che li affliggeva, con loro grande sollievo.

In nessuno dei due casi, per quanto avessi ripetutamente osservato al microscopio il materiale raccolto da sotto le croste epidermiche e dalle vescichette, mi è stato possibile mettere in rilievo i parassiti. Questa negatività di reperto, d'altra parte, è ben spiegabile tenendo presente il fatto che molto difficilmente tali parassiti, essendo accidentalmente ospiti dell'uomo, su di questo arrivano a riprodursi, ma ben presto, dopo la puntura, soccombono, non trovando sulla cute umana l'ambiente adatto al loro ciclo biologico. Molto più interessante è stato l'esame del formaggio, esibitomi dall'infermo.

Si trattava di un grosso pezzo di vecchio formaggio, del tipo duro, andato da più tempo a male, corroso da numerose gallerie ed escavazioni con assenza di muffe o di larve di ditteri. Servendomi di un ago lanceolato, dopo numerosi preparati allestiti, sono riuscito finalmente a mettere in evidenza un piccolo acaro, riportabile, per i suoi caratteri morfologici, molto presumibilmente all'*aleurobius farinae*.

I casi da me riferiti hanno un certo interesse in quanto che il principale, anzi l'unico movente etiologico dell'affezione subita è costituito dal lavoro, specificatamente dal materiale di lavoro.

Tali forme di dermatosi parassitarie, alle quali sono esposte alcune categorie di lavoratori, trovano posto nel quadro delle malattie professionali. Esse, infatti, sono causate direttamente dall'esercizio di un dato mestiere, sono in stretto rapporto quasi esclusivamente con l'esplicazione di una data professione, ed infine i lavoratori trovano la ragione immediata della infestazione direttamente ed esclusivamente nel materiale da loro abitualmente maneggiato (grano, farina, formaggio, zucchero, foraggi, libri, ecc. ecc.).

Ho fatto presente più innanzi che tali forme di dermatosi parassitarie possono apparire poco frequenti, anzi del tutto rare. Bisogna tenere in gran conto però, che tali pseudo-scabbie, appunto perchè caratterizzate da lesioni di facile rimovibilità, il più delle volte senza nessuno aiuto terapeutico, ben difficilmente arrivano all'osservazione dei medici. Molto spesso capitano quando alle lesioni primitive, provocate dall'acaro, si sovrappongono quelle secondarie e varie, sostenute dall'impianto di germi piogeni; evenienza molto facile ad avverarsi, e che maschera e falsa completamente il quadro morboso.

Tali forme di pseudo-scabbie non presentano mai il quadro classico della scabbia demodettica o follicolare, di quella sarcoptica o cunicolare, e di quella psorottica o epidermica, bensì uno svariato polimorfismo sia delle lesioni primitive, che secondarie, il quale può fare stornare l'attenzione dell'osservatore verso altre forme morbose cutanee, che ripetono etiologie diverse, sempre che l'anamnesi diligente non metta in rilievo la coordinazione delle varie lesioni esistenti in atto, ed il prurito, sintomo principale, spesso unico, non desti il sospetto che ci spinga alla ricerca degli eventuali parassiti, in special modo, quando si tratta di lavoratori che appartengono a tali categorie.

L'abbandono del lavoro da parte degli operai infestati, dura in genere solamente pochi giorni, e questo perchè, come ho già fatto presente le lesioni cutanee sostenute dagli acari sono fugaci, essendo provocate dalla inoculazione della saliva da parte dei parassiti, i

quali non riescono a vivere allo stato di ninfa o di larva sull'ospite occasionale. Le lesioni inoltre spariscono subito se tempestivamente si ricorre ad una delle pomate più usate (zolfo, stirace, naftolo β, ecc. ecc.). L'incapacità al lavoro però in alcuni soggetti può protrarsi più a lungo, e ciò accade quando alle lesioni primitive si innestano quelle infiammatorie dovute ai comuni germi piogeni; evenienza molto frequente provocata da una parte dal prurito che molesta i lavoratori colpiti, e li spinge ai più accaniti grattamenti, e dall'altra alla frequente deficienza di pulizia sia degl'indumenti personali che della biancheria da letto.

Per tutte queste considerazioni la conoscenza di queste pseudo-scabbie professionali non è priva d'importanza, e scopo di questa breve nota è anche quello di richiamare su di esse un po' l'attenzione dei cultori di Medicina del Lavoro, poichè sembra che tale capitolo sia alquanto negletto.

RIASSUNTO.

Dopo avere ricordato alcune notizie sulle pseudo scabbie professionali e sui loro agenti, l'A. riporta due casi di tali dermatosi, capitati alla sua osservazione, e richiama l'attenzione su queste forme di lesioni di origine parassitaria e di natura professionale.

BIBLIOGRAFIA.

LUSTIG A. *Malattie infettive dell'uomo e degli animali.* Vallardi Ed., 1923, Milano.

ALESSANDRINI G. *Parassitologia.* Trattato Italiano d'Igiene. IV v. U.T.E.T. Ed. Milano.

ISSOGLIO G. *Chimica degli alimenti.* II v. U.T.E.T. Ed. Milano, 1927.

Ricordiamo l'interessante volume:

Prof. Dott. ARISTIDE RANELLETTI
Libero docente di Patologia del Lavoro nella R. Università di Roma

Le Malattie da Lavoro

I. Patologia e Clinica - II. Assicurazione.

L'importanza della pubblicazione si desume dal fatto stesso che essa ha vinto il primo premio di L. 8000 nel Concorso nazionale del Ministero dell'Economia Nazionale per studi inerenti alle assicurazioni sociali, sul tema: « MALATTIE DA LAVORO ».

Volume in-8°, di pagg. 317, con 74 figure, nitidamente stampato. Prezzo L. **52**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati in Italia, sole L. **48** in porto franco.

Per l'Estero, aggiungere L. **3** per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione raccomandata.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale succursale diciotto, ROMA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE SANTO SPIRITO IN CASALE MONFERRATO
DIVISIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. dott. ADALGISO TURCO

Disarticolazione interscapolotoracica

per il dott. A. TURCO.

L'amputazione interscapolotoracica pur essendo un intervento non estremamente raro, è tuttavia degna di essere conosciuta, specie quando il buon risultato a distanza di anni ne ha confermata l'utilità.

Le indicazioni per lo più sono date da neoplasie scapolari od omerali, oppure da gravi traumi. Più raramente ne costituiscono indicazione i processi infiammatori. Il caso che io sto illustrando riguarda appunto un sarcoma della testa dell'omero. L'operazione data da tre anni ed attualmente il paziente non solo gode ottima salute, ma non presenta traccie di recidiva nè in loco nè a distanza.

L'operazione fu eseguita la prima volta da Ralph Cummings nel 1808 e successivamente modificata da Ollier, Berger, Farabeuf.

Le 300 amputazioni interscapolotoraciche raccolte da Archangelscki nel 1923 sono certo oggidì di molto superate. Donati ne ha 4 casi comunicati a Torino al centro per lo studio del cancro nel 1928. Stroppeni ne ha un caso operato nel 1931; Lorenzetti e Grignani ne riferiscono ognuno un caso comunicati alla Soc. Lombarda di Chirurgia nel 1933. Petermann ne cita un caso nel 1932 ed un altro Muller nel 1933. Di certo ne esistono parecchi altri che non saranno stati comunicati, o che mi saranno sfuggiti. Grignani fa pure un buon resoconto bibliografico che qui è inutile riportare.

Brevi considerazioni sul caso: l'intervento è stato indubbiamente assai benefico per il mio operato tanto che questi a quasi tre anni di distanza gode ottima salute e non vi è accenno alcuno neanche con esame radiografici, di metastasi.

Uber. Michele, d'anni 28, da Frassinetto Po, contadino.

Nulla nel gentilizio nè nell'anamnesi remota. Ai primi del febbraio 1932 incominciò ad avvertire dolori alla spalla d. e, precisa l'ammalato, che il primo dolore lo rilevò nel movimento di infilare la manica della giacca. I dolori andarono rapidamente aumentando tanto che l'am. in breve non potè più usare il braccio. Si instaurò presto atrofia dei muscoli del cingolo scapolare. Vane furono tutte le pomate usate. Entra nella mia divisione chirurgica il 27-2-1932.

Giovane d'aspetto robusto, senza nulla di note-

vole a carico dei suoi organi interni. Nulla a carico degli arti se si eccettua l'arto superiore di d. L'ispezione fa rilevare atrofia spiccatissima di tutti i muscoli della spalla e del braccio. L'acromion sporge assai, mentre all'ispezione non appare ingrossata la testa omerale.

I movimenti attivi della spalla sono impossibili, quelli passivi sono limitatissimi ed assai dolorosi. Pare quasi che l'articolazione sia anchilosata. Dolorosa la pressione sulla testa omerale.

Il quadro clinico ricorda assai da vicino quello della carie secca del Volkmann. L'esame radiografico (*rad. n. 1*) dimostra una decalcificazione intensa della testa omerale e della diafisi, tanto che l'osso appare solo più circoscritto da una esile lamella. Scapola e parti molli appaiono ancora indenni.



RAD. N. 1.

R. W. negativa, come pure negative sono tutte le altre ricerche di laboratorio. Stabilita la diagnosi di sarcoma della testa omerale pur essendo negativa la R. W. credo prudente praticare una biopsia perchè forme luetiche delle ossa possono rassomigliare radiologicamente al sarcoma, quantunque nel caso presente l'immagine radiologica non sia proprio quella, della sifilide ossea. L'esame istologico (prof. Morpurgo) mi conferma la diagnosi clinica assicurando trattarsi di un sarcoma giganto-cellulare. Allora propongo all'am. l'amputazione interscapolotoracica, intervento che sia lui che i famigliari respingono decisamente, malgrado che io faccia loro presente chiaramente la gravità del male. Il paziente volle uscire dall'ospedale. Tre mesi dopo e cioè nel maggio ritorna spontaneamente a me. Era andato a farsi visitare da altri sanitari, i quali non solo avevano confermata la mia diagnosi, ma avevano anche rifiutato l'intervento ed all'ammalato avevano solo più concesso pochi mesi di vita. Gli fu quindi praticata una lunga (20) serie di applicazioni Roentgen di notevole durata ed intensità. Anche questa cura si dimostrò del tutto inefficace, tanto che il tumore continuò a crescere celermente. I raggi X si erano in questo caso dimostrati del tutto inefficaci.

Il paziente mi chiedeva di essere amputato, tanto più che i dolori si erano fatti intensi e continui. Dalle ultime applicazioni erano passati più di due mesi. La tumefazione della spalla era aumentata, la testa omerale raggiungeva il doppio del volume normale; scricchiolii ad ogni movimento passivo, dolori continui, impossibilità ad ogni minimo movimento. Cute lucente, calda, arrossata. Evidente rete venosa. L'esame radiografico dimostra (*rad. n. 2*) diffusione del tumore alla diafisi ed alle parti molli, scoppio della testa in più punti.

L'intervento viene praticato il 25-5-1932 in anestesia eterea.

Incisione orizzontale partente quasi dall'articolazione sternoclavicolare per seguire il bordo della clavicola stessa; suo scollamento sottoperiosteo. Sezione con sega di Gigli della clavicola al suo



RAD. N. 2.

punto di mezzo. Si divaricano i monconi e si procede alla legatura dei vasi succlavi. Anestesia e sezione del plesso brachiale.

Incisione della cute a rachetta il cui manico corrisponde alla precedente incisione orizzontale, e le cui branche incominciano a divergere dall'articolazione acromioclavicolare, per riunirsi all'angolo della scapola, decorrendo la posteriore sul margine scapolare laterale, l'anteriore sulla faccia toracica del cavo ascellare passando sul braccio all'altezza dell'inserzione del grande pettorale. Sezione dei muscoli toracici e dorsali il più possibile distante dal focolaio neoplastico. Resezione della scapola parecchio oltre il collo ed asportazione di una buona metà della stessa assieme alla metà distale della clavicola.

Restano quindi in sito una metà, la interna della clavicola assieme alla metà interna della scapola. Emostasi, chiusura della breccia con punti di seta. Tubo di drenaggio nell'angolo inferiore.

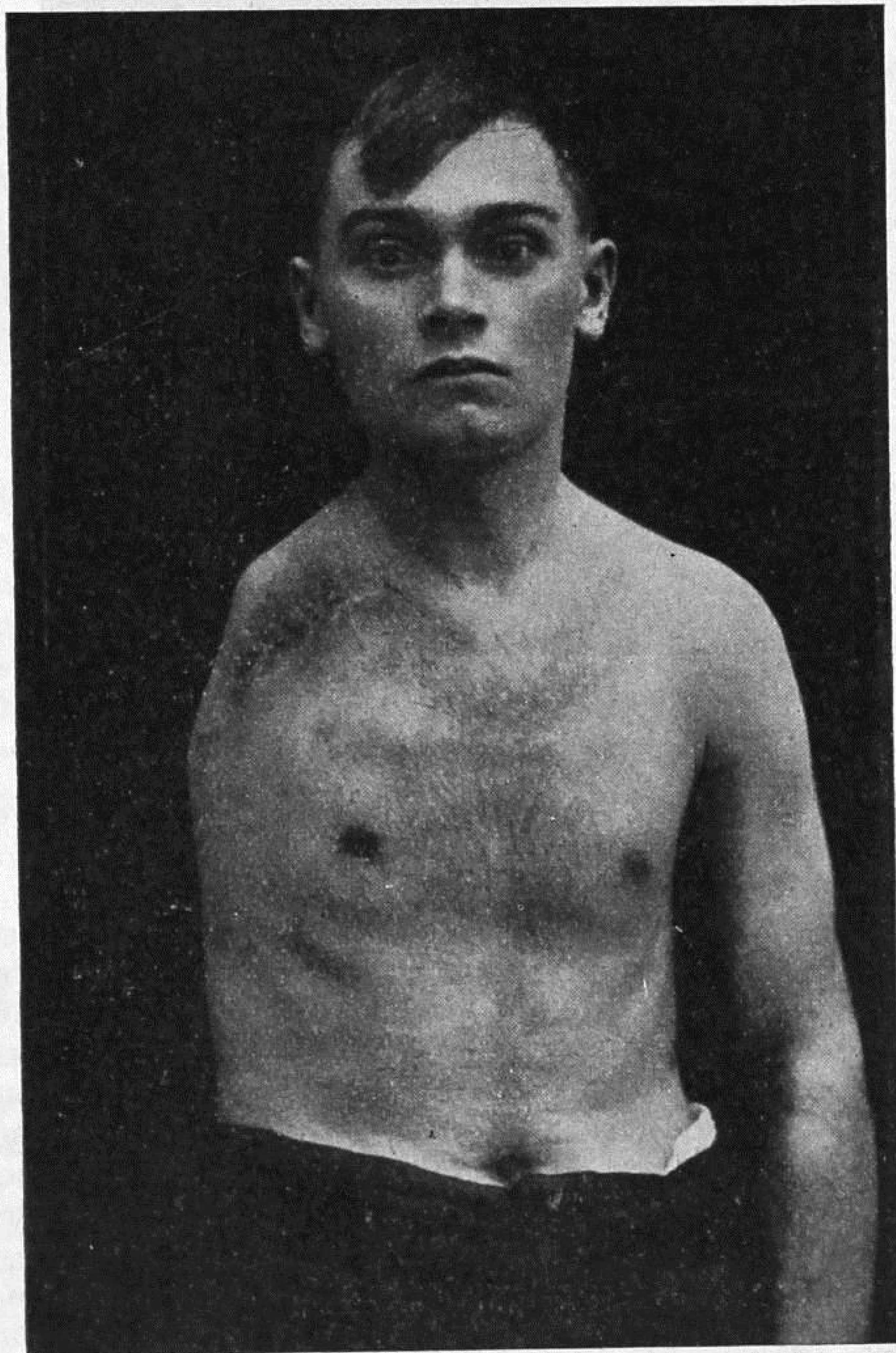
L'intervento è chocante quanto mai. L'operato presenta polso piccolo frequente (130-140) im

mediatamente dopo l'intervento tanto che si fu costretti il pomeriggio stesso a praticare una trasfusione di 300 cc. oltre a fleboclisi il giorno dopo.

Solita terapia in simili casi. Dopo 2-3 giorni ogni pericolo è scomparso e l'ammalato avviato a guarigione.

Esame anatomico del pezzo. La testa omerale è trasformata in una grossa palla ricoperta da un sottile guscio cartilagineo già rotto qua e là. La cavità glenoide della scapola ed i muscoli circondanti immediatamente l'articolazione sono invasi dalla neoplasia: questa si presenta sotto un aspetto encefaloide molle senza margini netti poco vascolarizzata. Le linfoghiandole regionali non sono per nulla invase. L'esame istologico dimostra trattarsi di un tipico sarcoma giganto-cellulare con cellule di varia forma e grandezza; predominano le polinucleate. Il corpo protoplasmatico è irregolarmente ovale con margini a prolungamenti che si spingono in tutte le direzioni; nuclei assai numerosi sono raggruppati al centro, chiari alcuni vacuolari. Ma oltre a queste cellule giganti esistono numerosi altri elementi irregolarmente tondeggianti a nucleo unico disseminato in un vasto reticolo. Esistono qua e là zone di necrosi.

Decorso post-operatorio. La cicatrizzazione avviene per primam, e l'operato viene dimesso dall'ospedale 20 giorni dopo completamente guarito.



Rivisto a più riprese ed anche in questi ultimi giorni, non solo non presenta traccia di recidere in loco, ma neanche a distanza, Gode perfetta salute, e non potendo più lavorare la terra attende al commercio ambulante della verdura.

Brevi considerazioni sul caso: l'intervento è stato indubbiamente assai benefico per il mio operato tanto che questi a quasi tre anni di distanza gode ottima salute e non vi è accenno alcuno neanche con esami radiografici, di metastasi.

Avrebbe ugualmente potuto beneficiare di cure Roentgen che sappiamo essere particolarmente efficaci di certe neoplasie ossee connettivali maligne? I tumori che particolarmente beneficiano del trattamento Roentgen sono quelli a cellule giganti o a mieloplassi di Robin. Ora la costituzione istologica del tumore del mio paziente fa pensare che si potesse sperare un beneficio della Roentgenterapia. Abbiamo però visto come egli si sia sottoposto ad una cura di raggi e come questa sia rimasta del tutto inefficace. Del resto pur ammettendo i radiologi che certi tumori delle ossa scompaiono ai raggi come neve al sole, la recidiva sia pure a distanza di anni è la regola. Essendosi dimostrati i raggi X inefficaci in questo caso, che pure avrebbe dovuto esserne particolarmente sensibile, io credo che la Roentgen terapia sia sempre da posporre all'intervento. Se i sarcomi giganto cellulari sono i più benigni tra questi malignissimi tumori, ogni chirurgo ha casi di amputazioni per sarcomi di altri tipi istologici, in cui la guarigione permane da anni. L'amputazione o la disarticolazione quando è praticabile è ancora l'unica cura possibile per i sarcomi.

Per la tecnica operatoria ben poco vi è da dire. Classicamente la scapola viene asportata in toto. Se la classicità dell'operazione va rispettata quando il tumore ha invaso gran parte della scapola, una resezione della stessa può essere indicata quando il tumor non ha invaso che la cavità glonoidea. I vantaggi che può offrire l'emiscapolectomia sono di due ordini operatori in quanto che resecare la scapola sia pure a distanza di 3-4 cm. dal collo abbrevia l'operazione perchè più breve e meno cruenta è la resezione muscolare.

Non volli inoltre estirpare il moncone centrale della clavicola come consiglia Lecene e come molti fanno, e ciò perchè l'estirpazione di questo moncone avrebbe prolungato l'intervento, se fatto cautamente, se fatto alla svelta, non è da escludere la possibilità di una lesione del confluente venoso del Pirogoff. Non si verificò affatto la risalita in alto del moncone centrale della clavicola, e questo moncone che pure si palpa bene non ha ulcerata nè compressa la pelle. Forse è mantenuto in sito dalle fibre del muscolo pettorale che ad esso si inseriscono, fibre che se pure sezionate a qualcosa certamente servono data l'ampiezza della loro inserzione e la loro potenza in confronto dell'esile capo clavicolare dello sternocleido.

La presenza di un frammento di clavicola e di un residuo di scapola rende certamente meno mostruosa la conformazione dell'emitorace operato. Credo quindi che l'asportazione del frammento centrale della clavicola come vuole il Lecene e come Grignani alla Soc. Lombarda di Chirurgia difende, non sia affatto necessaria, perchè il suo permanere non porta ad inconvenienti invece se fatta come dice Grignani con grande delicatezza per non ledere i tronchi venosi prolunga un intervento già di per se stesso lungo e chocante, e perchè inoltre sgrazia ancora di più un tronco già mutilato orrendamente. Ad ogni modo sta al chirurgo valutata l'estensione del neoplasma, le condizioni generali dell'organismo il decidere caso per caso se alla disarticolazione interscapolotoracica siano o no apportabili delle modificazioni.

Del resto molti chirurghi chiamano amputazione interscapolotoracica quella che invece descrivono poi come vera disarticolazione; perchè ciò? perchè probabilmente in molti casi si è fatta una vera e propria sezione della scapola.

RIASSUNTO.

L'A. descrive brevemente un caso di amputazione interscapolotoracica per sarcoma omerale in cui la guarigione permane da tre anni.

BIBLIOGRAFIA

Vedi atti e memorie della Società Lombarda di chirurgia, vol. I, n. 2, 1933.

Inoltre:

DONATI MARIO. *Il Cancro*. Centro per lo studio del cancro, 1928.

STROPPENI. Rivista il Cancro, 1932.

GRIGNANI RODOLFO. Soc. Lomb. di Chir., 1933.

LORENZETTI CARLO. Ibid.

PETERMANN. Zent. f. Chir., n. 51, 1932.

MÜLLER. Arch. f. Klin. Chir., 1933, n. 175.

Pubblicazione concessa SEMI-GRATIS:

Sono rimaste disponibili e vengono cedute ai nostri abbonati, in porto franco per sole L. **20** in Italia e per sole L. **30** all'Estero **alcune** copie dell'interessante pubblicazione:

Dott. WILLIAM SEAMAN BAINBRIDGE

A. M. Sc D. M. D. C. M. LL. D. (New York City)

Il problema del cancro.

Traduzione, in riassunto, dalle edizioni inglese, francese e spagnolo, fatta dai dottori GIOVANNI PERILLI e ARNALDO POZZI.

Prefazione del Prof. ROBERTO ALESSANDRI.

Il libro contiene inoltre un capitolo originale dei proff. R. Alessandri e R. Brancati *SULLA LOTTA E SUGLI STUDI CONTRO IL CANCRO IN ITALIA*.

La prima copia di questa pubblicazione venne presentata a S. E. Benito Mussolini il quale, elogiando vivamente l'autore ed i collaboratori, ha molto gradito l'omaggio ed ha consegnato al prof. Bainbridge una sua fotografia con dedica.

Volume in-4°, di pagg. XVI-365. In commercio: L. **50**, più le spese postali di spedizione.

Inviare Vaglia Postale o Cheque Bancario all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE

DIABETE.

Studio comparativo della glicemia e della glicosuria nel trattamento del diabete mellito.

(F. RATHERY. *Le Journal Médical Français*, giugno 1935).

L'A. comincia la sua esposizione domandandosi quale importanza nel trattamento del diabete mellito, debba il medico dare allo stato della glicemia ed a quello della glicosuria. Un tempo si teneva conto solo dello zucchero urinario, mentre oggi vi è nei pratici una tendenza manifesta a considerare che solo la glicemia ha un valore reale e che nei diabetici non basta fare scomparire lo zucchero dalle orine, ma bisogna sempre ricondurre la glicemia al tasso normale.

L'A. è del parere che se la ricerca della glicemia è utile e perfino necessaria in taluni casi, essa non ha il valore della glicosuria nella condotta generale del trattamento del diabetico. Con ciò l'A. non vuole togliere all'esame sistematico del sangue un valore reale nello studio della sindromi morbosa. Passa quindi ad esporre le diverse obiezioni relative alla ricerca della glicemia nel trattamento del diabete.

Si pone anzitutto una domanda: la condotta del trattamento di un diabetico deve essere basata sullo studio della glicemia o su quello della glicosuria? La risposta è che solo lo stato della glicosuria deve servire di base per la condotta del trattamento di un diabetico. Tale risposta è basata su argomenti pratici, scientifici e terapeutici.

Il diabetico è un paziente che deve curarsi per tutta la vita, che può anche essere lunga. Un mezzo facile per seguire tale cura è l'esame ripetuto e frequente dell'orina: il diabetico stesso può da sè fare il dosaggio dello zucchero urinario. Cambiano le cose se egli deve fare eseguire dei dosaggi dello zucchero nel sangue. Tale ricerca infatti non può esser fatta che da uno specialista attrezzato ed è dispendiosa. Si giungerebbe così alla conclusione paradossale che il diabete diviene una malattia di ricchi e abitanti in città, che un campagnolo non si può ben curare e che un medico pratico deve abbandonare ogni speranza di curare correttamente i suoi diabetici. Questi sono gli argomenti pratici.

Più importanti sono gli argomenti scientifici, i quali sono di due specie: 1) la glicemia non costituisce una prova sufficientemente esatta del disturbo del metabolismo glucidico diabetico. Infatti: *a*) una stessa glicemia può in due diabetici dare differenti glicosurie; *b*) uno stesso diabetico, pur avendo una stessa glicemia, può in momenti differenti presentare dif-

ferenti glicosurie; *c*) in uno stesso diabetico la glicemia non è parallela alla glicosuria; *d*) le forti iperglicemie non corrispondono sempre a forme gravi di diabete; *e*) alcuni soggetti si comportano in certi momenti come diabetici renali, in altri come diabetici veri; *f*) alla prova della iperglicemia provocata non c'è sempre la stessa risposta nella poussée iperglicemica, pur essendo partiti da un'eguale glicemia di partenza; *g*) lo studio della curva della glicemia a digiuno nelle ventiquattro ore, dimostra che essa subisce delle importanti oscillazioni spontanee, che se sono lievi nel soggetto normale, sono più marcate nei diabetici; *h*) infine, esistono delle iperglicemie all'infuori del diabete.

2) Pare che il diabetico abbia bisogno di una glicemia differente da quella del soggetto normale per metabolizzare i glucidi, i lipidi e i protidi; tale glicemia secondo l'A. dovrebbe essere superiore alla normale.

Gli argomenti terapeutici sono di tre ordini:

a) Il fatto che i diabetici che non hanno più zucchero nelle orine, pur conservando una certa iperglicemia, vedono i loro disturbi scomparire, sta ad indicare che la prova della glicosuria risponde meglio della glicemia alle modificazioni del quadro clinico.

b) Alla ingestione sovrabbondante di glucidi in un diabetico corrisponde sempre una modificazione della glicosuria, non sempre della glicemia.

c) Il tentativo di fare abbassare la glicemia ancora elevata, per mezzo di regime severo, nei diabetici aglicosurici, fallisce quasi sempre non solo, ma porta ad un dimagramento progressivo ed alla comparsa della acetonuria.

Su queste basi l'A. conclude che lo stato dello zucchero urinario rappresenta meglio della glicemia l'adattamento dell'organismo al suo disturbo metabolico.

Ma anche una seconda quistione si pone l'A.: lo studio della glicemia è talora necessario al trattamento del diabete? Sì, in quattro circostanze: 1) all'inizio della cura per distinguere il diabete renale da quello mellito vero; 2) prima di prescrivere l'insulina, per accertare che vi è iperglicemia; 3) nel corso del trattamento insulinico, specialmente in casi di accidenti di intolleranza e d'insulinoresistenza; 4) nei casi di insulinoresistenza relativa, allo scopo di somministrare il medicamento con una più giusta ripartizione.

All'infuori di questi casi però la glicemia non può essere considerata come una prova indispensabile nella condotta della cura del diabete. Lo studio della glicosuria, frequentemente ripetuto, rappresenta sempre la guida facile, fedele e indispensabile per ogni razionale terapia della sindrome.

VICENTINI.

Studio comparativo delle varie diete nella cura del diabete mellito.

(E. WATSON, M. WHARTON. *The Quarterly Journal of Medicine*, luglio 1935).

La scoperta dell'insulina ha permesso ai diabetici di usufruire di una dieta più liberale di quella che non sia stata finora, ed ha anche modificato alcuni dei principi, che una volta si ritenevano fondamentali nella cura dietetica dei diabetici. La cosidetta dieta più ricca in carboidrati per i diabetici ha sì ricevuto l'approvazione di molti fra gli studiosi del ricambio, ma non di tutti: ciò significa che la dieta ideale per i diabetici non è ancora conosciuta. Le misure dietetiche sulle quali esiste ancora qualche controversia sono:

1) la dieta povera in carboidrati, ricca in grassi;

2) la dieta ricca in carboidrati, povera di grassi;

3) la dieta ricca in carboidrati, povera in grassi, povera in calorie;

4) la dieta moderatamente ricca in carboidrati, moderatamente povera in grassi.

Ognuno di questi sistemi ha avuto i suoi seguaci: l'A. ha voluto recare un contributo pratico alla questione, studiando i vari tipi di dieta su diversi diabetici e paragonando i risultati ottenuti. Egli ha infatti studiato su 27 diabetici con gravità di vario grado gli effetti delle varie diete, usando contemporaneamente le necessarie quantità di insulina. Ha potuto così constatare che la dieta ricca in grassi e povera in carboidrati rendeva necessarie dosi molto minori di insulina di quelle necessarie quando i pazienti erano sottoposti ad altre diete, e ciò si verificò in un gran numero di malati studiati. La richiesta di insulina era però maggiore se si faceva la proporzione con il contenuto totale in glucosio fra la dieta povera in carboidrati e ricca in grassi e quella ricca in carboidrati e povera in grassi. Il primo tipo di dieta tende inoltre a provocare una diminuzione della tolleranza ai carboidrati e favorisce la acetonuria.

Molti dei pazienti hanno potuto tollerare una dieta alta in carboidrati, se si manteneva bassa la quantità dei grassi; l'aumento della quantità di carboidrati introdotti non richiese aumento del dosaggio di insulina, in quanto che si aveva spontaneamente un aumento della tolleranza al glucosio. Il maximum di tale tolleranza si ebbe quando il contenuto in grasso della dieta fu approssimativamente di 100 gr. per giorno: quando il contenuto in grasso superava i 125 gr. si aveva subito una diminuzione della tolleranza. È da notare però che le diete contenenti piccole quantità di grassi erano meno accette di quelle che ne contenevano una quantità moderata. La dieta più accetta-

bile dal punto di vista del paziente era quella che permetteva la libera somministrazione di carboidrati, con una razione di grassi di circa 100 grammi: questo tipo di dieta deve la sua accettabilità al fatto che è quella che si avvicina di più alla dieta normale, perchè è la meno costosa ed è più facilmente ottenibile e preparabile che non una dieta in cui i carboidrati sono rigidamente misurati. Il tipo di dieta cosidetto conservativo, e cioè con una quantità di carboidrati moderatamente alta e di grassi moderatamente bassa era quello che più si avvicinava a queste condizioni. La richiesta di insulina sembrò dipendere più dal contenuto totale di glucosio assimilabile della dieta che non dal suo valore calorico totale. La dieta ricca in carboidrati stabilisce nel paziente uno stato di benessere fisico, sì che questi collabora con più entusiasmo all'azione del medico.

Certo il tipo di dieta che è più efficace e più adatta deve essere ricercata accuratamente per ciascun paziente, secondo le necessità individuali.

Le ricerche fatte riguardo alle variazioni della colesterina nel sangue non dimostrarono alterazioni apprezzabili dipendenti dal contenuto in grassi della dieta. G. LA CAVA.

ORGANI DIGERENTI.

Le diarree tropicali.

(N. H. FAIRLEY. *Practitioner*, agosto 1935).

La diarrea nei tropici è molto frequente e ripete la sua origine dalle condizioni climatiche, che turbano direttamente la funzione dell'apparato gastro-intestinale o favoriscono lo sviluppo di speciali forme parassitarie.

La diarrea può essere acuta, subacuta o cronica e clinicamente è caratterizzata da sintomi addominali (dolori colici, diarrea a tipo vario, tenesmo), dai fatti tossiemici (febbre, arrossamento del volto, espressione ansiosa, lingua giallastra, tachicardia, irrequietezza, insonnia, confusione mentale, delirio), e dai sintomi della disidratazione (sete, crampi, occhi affondati, lingua secca bruna, oliguria, collasso delle vene periferiche, polso rapido e debole, ipotensione, e, nei bambini, depressione delle fontanelle).

A secondo del livello nel quale risiede la causa della diarrea, questa può essere *gastrica, enterica, colica.*

1. La *diarrea gastrica* è associata ad assenza di a. cloridrico nel succo gastrico ed al rapido passaggio di alimenti incompletamente digeriti nel duodeno. Le feci liquide, alcaline, contengono traccie di alimenti non digeriti. La condizione spesso migliora sorprendentemente con la somministrazione di a. cloridrico, ma se l'acloridria è conseguente a gastrite occorre il trattamento dietetico.

2. La *diarrea enterica* è molto comune ed è caratterizzata da defecazioni frequenti, feci liquide, brunastre. Essa è in rapporto a forme di enteriti microbiche o ad intossicazioni alimentari dovute a microorganismi del gruppo Salmonella.

Ma la stessa origine enterica possono avere altre diarree dovute a particolari infezioni: la diarrea ad acqua di riso del colera, a minestra di pisello del tifo.

La diarrea enterogena può essere causata da: 1. Agenti fisici (raffreddamento dell'addome, colpo di calore); 2. Agenti alimentari (fermentazione degli idrati di carbonio, decomposizione delle proteine, deficienza di vitamine, avvelenamenti alimentari dovuti a batterî, funghi o vegetali tossici); 3. Droghe e veleni; 4. La steatorrea (diarrea da altezza, sprue e feci grasse dipendenti da affezioni del dotto pancreatico e biliare); 5. Infezioni bacillari (colera, tifo e paratifi); 6. Infezioni protozoarie (lambliasi, malaria, Kala-azar); 7. Affezioni elmintiche (tenia, ascaridi, anchilostomi, trichina).

Il raffreddamento dell'addome, specie di notte, provoca spesso negli Europei trasferiti nei tropici forme di diarrea talvolta prolungate. La forte evaporazione della pelle provoca un raffreddamento che si diffonde agli organi splancnici; ne conseguono disturbi vasomotori che alterano la nutrizione e la funzione dell'intestino, nonchè spasmi riflessi della parete intestinale, donde la diarrea.

Tra le diarree che colpiscono gli Europei dopo il loro arrivo nelle zone calde vanno notate la « gippy tummy » dell'Egitto che sembra dovuta ad infezione batterica, e la « mango » dell'India in seguito all'uso di mangui e che sembra determinata all'alto contenuto di glicerina di questi frutti.

Gli avvelenamenti alimentari sono prodotti da infezioni degli alimenti con microrganismi del gruppo salmonelle, specie dal B. enteriditis, dal B. aertrycke e da B. proteus, che possono essere contenuti negli alimenti non cotti, come, pesce, latte, gelati e patate. Clinicamente le manifestazioni sono quelle della gastro-enterite con febbre, cefalea, vomito, coliche addominali e diarrea con feci brune e fluide. In genere questi sintomi scompaiono e si ha guarigione, ma si possono avere forme gravi con accentuata disidratazione, collasso cardiovasale e morte.

Il colera, provocato dal commabacillo di Koch, è un'infezione caratterizzata da inizio improvviso con vomito violento, diarrea abbondante e frequente, con feci ad acqua di riso, disidratazione, crampi, anuria, sete intensa, irrequietezza, rapido abbassamento della pressione vasale, deplezione delle vene periferiche, pelle fredda bluastra, raggrinzita, e collasso. La morte è molto frequente. Quadri sintomatologici analoghi si possono avere nell'avvelenamento arsenicale, nel colpo di calore,

nella terzana maligna, nell'avvelenamento da alcuni funghi, nello stadio terminale della trichiniasi. Quando manchi altro criterio anamnestico o epidemiologico la diagnosi differenziale viene stabilita con l'esame delle feci, che nel colera contengono il commabacillo.

La diarrea da altezza, designata in India con il nome di « Simla trot » è dovuta ad un disturbo funzionale gastroenterico determinato dalla bassa pressione atmosferica combinata all'alta umidità. Ne sono specialmente colpiti gli Europei che dimorano nelle alte montagne dei tropici (sopra i 2000 metri) durante la stagione delle piogge. Le feci sono copiose, pallide o biancastre come l'argilla, spumose, fluide e contengono eccesso di acidi grassi, saponi e alimenti non digeriti. La diarrea comincia verso le 4-6 am. e con tre o sei scariche dura fino a mezzogiorno, dopo di che il paziente si sente meglio. Di solito si ha solo flatulenza e meteorismo, ma se la condizione persiste si può avere anorressia, dispepsia e deperimento. Talvolta degenera in sprue.

La sprue è un'affezione gastro-intestinale caratterizzata da difetto di assorbimento di grasso, glucosio e calcio da parte del tenue e spesso da difetto della secrezione gastrica. Colpisce, in genere gli Europei adulti dopo qualche anno di residenza nelle regioni tropicali.

Quando la sindrome è completamente sviluppata si ha diarrea apirettica con feci pallide, abbondanti, spumose, ulceri aftose e piaghe alla lingua, flatulenza intestinale, anemia megalocitica, notevole deperimento, astenia profonda, ipotensione vasale, pelle secca, rugosa e talvolta pigmentata; eccezionalmente si ha tetania. L'addome è fortemente disteso e le sue pareti sono così sottili da far vedere i movimenti peristaltici dell'intestino. Le feci hanno di solito reazione acida e contengono grassi in forte quantità (30-70 %). Il loro colore pallido è dovuto al contenuto di grasso ed alla trasformazione della stercobilina in leucobilina.

Va rilevato che altre cause di steatorrea, oltre la sprue, sono la pancreatite interstiziale, la sprue non tropicale, la fistola gastro-digiunocolica, la linfoadenite tubercolare del mesentere.

La cura della diarrea enterica varia a seconda della causa determinante.

Nelle forme di enteriti semplici occorre innanzi tutto dare un purgante di olio di ricino eventualmente insieme a tintura di oppio allo scopo di abbassare l'eccitazione dell'intestino. Nel primo giorno la dieta sarà esclusivamente idrica: al riguardo va notato che l'acqua, specie nei tropici, va somministrata con larghezza allo scopo di evitare la disidratazione. Nel secondo giorno si comincerà a dare acqua d'orzo, acqua albuminata o glucosata e con il miglioramento della diarrea si comincerà a dare alimenti più solidi ed eccitanti. Quando la diarrea persiste giova dare oppio e sali di calcio.

Nella diarrea tifosa e paratifosa conviene attenersi al principio che bisogna dare fin dal primo momento un'alimentazione piuttosto abbondante. Ciò varrà ad evitare il deperimento e la debolezza, che spesso sono la vera causa delle complicazioni.

Nel colera e nelle diarree coleriformi nei primi giorni la dieta deve essere idrica, tutt'al più può essere concessa acqua d'orzo o glucosata. Si somministra permanganato di calcio in pillole di 10 cgr. ogni mezz'ora (otto al giorno) e di caolino e carbone animale in larghe dosi. Ma essenzialmente la cura consiste nelle iniezioni endovenose di soluzioni saline ipertoniche (acqua 1 litro, cloruro di sodio gr. 7, cloruro di potassio cgr. 40, cloruro di calcio cgr. 30), oppure di soluzione salina alcalinizzata (acqua 1 litro, bicarbonato di sodio gr. 10, cloruro di sodio gr. 7); quest'ultima è specialmente utile quando esiste acidosi.

La diarrea d'altezza si cura mettendo il paziente a riposo in ambiente riscaldato. Si somministra in primo tempo un leggero purgante di olio di ricino (15 gr.) e qualche goccia di tintura di oppio, quindi si darà acido cloridrico, pepsina e pancreatina. La dieta deve essere povera di grassi e di idrati di carbonio e ricca di proteine.

Nella sprue tropicale occorre che il paziente osservi il riposo a letto almeno per 4-8 settimane. Dopo un purgante d'olio di ricino si sottoporrà il paziente ad una dieta gradatamente aumentata fino a raggiungere 3000 calorie e combinata in modo che i carboidrati, i grassi e le proteine siano sempre nel seguente rapporto: 1:0,3:1,3. Come alimento proteico si adopereranno sopra tutto le carni rosse sgrassate. È indispensabile una cura epatica intensiva preferibilmente per via parenterale. Sono anche utili il ferro ed il calcio, quest'ultimo per via endovenosa specie quando c'è tendenza alla tetania. L'arsenico è controindicato.

Le diarree enteriche da infestazioni protozoarie ed elmintiche si cureranno con i metodi indicati per ciascun agente causale.

3. La *diarrea colica* è caratterizzata dal fatto che le feci sono più dense che nella forma precedente, più semiformate che acquose, e che sono quasi sempre accompagnate da muco. Il passaggio del muco provoca tenesmo. La presenza di sangue rutilante indica che l'affezione riguarda il retto e l'ultima porzione del colon, mentre la melena è indice di lesioni più alte.

Si hanno le seguenti forme:

1. Dissenteria bacillare: bacillo di Shiga, bacilli di Flexner, bacillo di Sonne.
2. Dissenteria protozoarica: Entamoeba hystolytica, Balantidium coli.
3. Dissenteria elmintica: Schistosoma mansoni, Schistosoma japonicum, sophagostomum apiostomum.
4. Colon irritabile postdissenterico o colite mucosa.

La dissenteria bacillare è caratterizzata da

inizio improvviso con febbre, talvolta preceduta da brivido, nausea, vomito, cefalea, dolori addominali a tipo colico, frequenti defecazioni, fino a 50 al giorno, con piccole quantità di feci mucoidi, muco-sanguinolenti e infine muco-purulente accompagnate da tenesmo.

Il liquido emesso contiene emazie, polimorfonucleari e macrofagi che possono essere confusi con amebe. L'esame culturale, che deve essere praticato con feci fresche raccolte all'inizio della febbre, contenenti muco e non mescolate ad urina e antisettici, mette in evidenza il bacillo causa dell'affezione.

Nella diarrea amebica la febbre generalmente manca. Le feci sono emesse molto meno spesso, sono voluminose e spesso contengono muco brunastro e sangue nero. L'esame fisico mette in evidenza indurimento e dolenzia del colon ed ingrossamento del fegato dovuto ad epatite o ascesso. Nell'essudato delle feci fresche si riscontra l'ameba istolitica, mentre nelle feci solide si trovano forme cistiche.

Nella dissenteria elmintica si hanno accessi di dolori colici addominali accompagnati da tenesmo e passaggio di feci muco-sanguinolenti, mentre negli intervalli si ha un senso di pena al retto e defecazioni solide con feci rivestite di muco. Nel rivestimento mucoso delle feci si riscontrano le uova degli schistosomi. Spesso si ha eosinofilia.

Per l'accertamento diagnostico delle forme amebiche e bilarziali giova molto la sigmoidoscopia, che consente di differenziare dette affezioni dalla colite ulcerativa cronica e dal cancro del colon. Nella dissenteria amebica la sigmoidoscopia fa rilevare nella prima fase piccoli noduli superficiali giallastri e petecchie emorragiche, e successivamente larghe ulcerazioni giallastre circondate da alone giallastro. Nella dissenteria elmintica si riscontrano placche mucose congeste ed impietrate, piccoli pseudotubercoli biancastri, papillomi multipli ed ulceri circolari. Nella dissenteria bacillare cronica la mucosa è uniformemente infiammata, di color rosso vivo, spesso granulare e sanguinante al minimo trauma, talvolta coperta di muco purulento. Non è raro trovare anche ulcerazioni, blocchi di muco e polipi.

Talvolta alla dissenteria bacillare può seguire una colite ulcerativa cronica, che, specie nei tropici, può verificarsi indipendentemente dalle altre forme descritte costituendo una forma idiopatica.

La cura della dissenteria bacillare deve tendere a sostenere le forze del paziente, a mantenere in riposo l'intestino, a combattere la tossiemia e la disidratazione. Il paziente deve stare in assoluto riposo in ambiente caldo. Si darà innanzi tutto un leggero purgante di olio di ricino (15 grammi) e qualche goccia di tintura di oppio. Nelle prime 36 ore si darà solo acqua, o acqua d'orzo, con glucosio o lattosio ed in seguito succo di carne e gelatina; il latte, specie nel primo periodo, è dannoso. Si potranno fare lavande del colon con soluzioni di cloruro di sodio all'1 % o di bicarbonato di sodio all'1,5 %. Si potrà dare caolino o carbone animale per diminuire il meteorismo, e gli oppiacei per alleviare le sofferenze. La cura causale va praticata con iniezioni endovenose di siero antidifterico specifico per il B. di Shiga, poichè le infezioni con B. di Sonne e quelle non gravi con B. di Flexner di solito guariscono spontaneamente.

È raro che la dissenteria bacillare passi allo stato cronico, ma quando ciò si verifica il trattamento non sempre riesce soddisfacente. Occorre una dieta molto nutritiva, ricca di vitamine e con scarsi residui. Si faranno enteroclismi, con soluzioni di bicarbonato di soda al 0,85 %, di acido tannico all'1 % o di permanganato di potassio all'1 per 5000, nonchè clisteri di 150-200 gr. di sospensione al 5 % di sottogallato di bismuto in olio di oliva. Quando esiste anemia giova il ferro ed eventualmente la trasfusione sanguigna. L'intervento operatorio (appendicectomia, cecostomia ed ileostomia) è riservato ai casi gravi ed incurabili.

La dissenteria amebica ha il suo rimedio specifico nell'emetina. Questa si somministra mediante iniezioni quotidiane di 5 cgr. di cloruro di emetina per dieci giorni. Nelle forme croniche conviene somministrare capsule gelatinose contenenti emetina, bismuto ed iodio. Un buon coadiuvante dell'emetina è lo stovarsol, che all'azione emeticida associa quella ricostituente.

Nelle dissenterie elmintiche da schistosomi giovano le iniezioni endovenose di soluzioni di tartaro emetico. Si comincia con iniettare 3 cgr. del medicamento e poi si aumenta la dose fino a raggiungere i 12 cgr. al giorno.

Nella dissenteria da Oesophagostomum apiostomum giovano il timolo, l'olio di chenopodio ed il tetracloruro di carbonio.

DR.

Invaginazione abituale duodeno-digiunale.

ARRIGONI. *Gazzetta internazionale di Medicina e Chirurgia*, 15 maggio 1935-XIII, p. 309.

L'A. osserva che tali invaginazioni sono estremamente rare.

P. di 39 a., da circa un anno e mezzo dolori postprandiali all'epigastrio con senso di peso e di tensione che diminuisce lentamente dopo 4-5 ore. Negli ultimi mesi vomito alimentare. Frequenti eruttazioni ora acide, ora fetide. Abitualmente stitico. Ha sofferto di crisi dolorose alla regione ileocecale tra i 18 e 20 anni; da un anno si sono ripresentati tali dolori ma meno intensi. Negli ultimi due mesi profondamente deperito.

E. O. Stomaco ectasico, guazzamento gastrico. Lieve dolore palpatorio alla regione piloro-duodenale e al punto di Mac Burney.

Esame R.: dilatazione prestenotica dell'antro e della I porzione duodenale; attraverso l'ultimo tratto del duodeno il pasto passa in minima quantità.

Si interviene: stomaco e duodeno dilatati, si asporta l'appendice che è lunga e fibrosa. Non vi sono aderenze o anomalie dei vasi mesenterici. L'ultima porzione del duodeno è invaginata nella prima ansa digiunale; anormale lunghezza del legamento di Treitz e spasmo della porzione duodenale invaginata che non appare alterata. L'invaginazione si svolge rapidamente ma tende a riprodursi e quindi si fa una gastrodigiunostomia ad ansa breve. Dopo 2 m. il p. sta bene e non accusa disturbi.

La causa dell'invaginazione è da attribuirsi con probabilità allo spasmo anulare della parete intestinale al punto di passaggio tra duodeno e digiuno. La causa dello spasmo anulare può essere causato, secondo il Di Natale, da stimolazioni nervose che, nel caso descritto dall'A., poterono partire dall'appendicite cronica, e, secondo Vespignani, dall'azione del chimo fortemente acido; anche questo fattore esisteva nel p. che presentava notevole ipercloridria. MEDI.

Una modificazione di tecnica sulla colectomia destra.

V. BANET. *Boletin de la Liga Contra el Cancer*, Habana, 2 agosto 1934.

Per varî motivi il metodo classico della ileotransversostomia in un primo tempo, con emicolectomia destra in un secondo tempo non è applicabile in tutti i casi. In alcuni pazienti la sola ileotransversostomia ha un postoperatorio così tormentato e lungo che ritarda considerevolmente il 2° tempo dando luogo a aderenze e metastasi postoperatorie. Questo metodo poi ha bisogno di due anestesie e di due operazioni di cui la seconda è la più grave.

Secondo l'A., queste considerazioni e l'opportunità presentatasi di dovere operare un vecchio di 73 a. affetto da un tumore del cieco e in non buone condizioni, lo consigliarono ad usare il seguente metodo: ileotransversostomia con emicolectomia abboccando il capo colico all'incisione in un primo tempo e chiusura della bocca colica in un secondo tempo.

Il risultato fu ottimo e infatti il p. fu dimesso dalla Clinica due mesi dopo.

Il metodo secondo l'A. presenta i seguenti vantaggi: si pratica l'operazione più grave nel 1° tempo, cioè quando il p. si trova in migliori condizioni: il 2° intervento è semplice e si può fare anche dopo lungo tempo; l'abboccamento colico poi è sufficiente a garantire la sutura ileo-colica. N. DI PAOLA.

DIVAGAZIONI

Anticaglie che ritornano? La chiave di Garangeot.

Ricordi lontani di condotta. Eravamo ben lontani allora dal pensare che potessero istituirsi delle cliniche odontoiatriche e, come tante altre cose, anche l'estrazione dei denti (l'unico intervento odontoiatrico che si eseguisse anche in paesi abbastanza grossi) la s'imparava alla meglio da qualche collega. Ma lo stremato bilancio non permetteva l'acquisto di una serie di tanaglie mentre, d'altra parte, si doveva pur pensare a liberare un poveraccio dallo spasimo del dolor di denti. Si aggiunga che, oltre al salasso, l'estrazione di denti era l'unica prestazione che venisse retribuita; la lauta somma di cinquanta centesimi, mentre costituiva già una remora per impedire il troppo frequente accorrere di guancie doloranti, dava un piccolo contributo al magro stipendio del medico a condotta piena.

Ed allora, invece della costosa serie di tanaglie, si ricorreva alla chiave di Garangeot, che i medici attuali forse non conoscono neppure o che hanno imparato a considerare con commiserante disprezzo. Un arnese, del tipo dei vecchi calza-stivali elastici, con un'asta al cui estremo appiattito si innestano degli uncini che afferrano il dente e, con un movimento di leva, lo lussa. Con questo arnese, usato con garbo, si estraevano bene tutti i molari, purchè si avesse cura di appoggiarlo bene dopo averlo protetto e ci si fermasse alla semplice lussazione, completando eventualmente l'estrazione con una pinza. In quasi nove anni di condotta — ed in certi giorni le estrazioni erano parecchie — ricordo il solo incidente di un dente spezzato.

Rinchiusa poi la chiave di Garangeot nel museo dei ricordi, al sentire le grida di orrore degli odontoiatri al riguardo, mi guardavo bene dal dire che ne avevo fatto uso. Quale non fu, quindi, la mia maraviglia nel vederla ora ricordata e riabilitata in un recente articolo del dott. G. Pitsch sulla pagina dentistica del *Siècle médical* (1° agosto 1935) che la dichiara una maraviglia di ingegnosità e di semplicità.

La chiave è adatta soprattutto per i molari inferiori ed il Pitsch descrive la tecnica da seguire ed i risultati che si ottengono, con l'alveolo che rimane a margini netti e la gengiva intatta, mentre il paziente vi è grato dell'avergli tolto il dente senza fargli subìre la tortura morale di cambiare più di una volta lo strumento. Essa sarà utile anche quando il dente ha perduto la corona. Il trattamento da fare, in seguito, all'alveolo consisterà nella semplice bagnatura con formalina.

Il grande vantaggio che presenta la chiave è quello di esigere una forza minima (poichè si utilizza il principio della leva) in confronto di quello che deve farsi con la solita tanaglia.

Nonostante tutto questo, la chiave di Garangeot è stata abbandonata, perchè sa troppo di maniscalco e di ciarlatano. Il moderno odontoiatro ha bisogno di tutta una serie di strumenti da mettere in bella mostra e soprattutto, si deve aggiungere, ricorre all'estrazione di un dente soltanto come *ultima ratio*. E, nonostante le calde raccomandazioni del Pitsch, è da ritenersi che essa sarà lasciata in disparte insieme con il polispasto ed altri strumenti ormai passati alla storia.

A. FILIPPINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. PEREZ. *Trattato di patologia chirurgica*. Vol. di pag. 670 con 75 tavole e 451 figure. Stamperia Reale di Roma, 1935, L. 125.

L'amico prof. Giovanni Perez, Patologo Chirurgo di Roma, pubblica ora il primo volume del suo *Trattato di Patologia Chirurgica* del quale è uscito circa un anno fa il volume secondo di cui ebbi già occasione di parlare in questo giornale.

Anche questo volume ci induce ad augurarci che l'A. voglia sollecitamente completare la Sua opera, opera che rappresenta una fatica che di solito non è sostenuta da uno solo; chi studia sa cosa voglia dire scrivere, la fatica diuturna, il dubbio di non essere completi o non completamente esatti, di dire troppo o dire troppo poco o dimenticare un particolare.

L'opera del Perez non può essere scritta in collaborazione: concepita nella Sua mente con ardore preciso e mirabile segue un ragionamento serrato e conseguente in modo che la distribuzione delle materie viene fatta con un concetto unitario prevalentemente etiologico. Certamente nella sua trattazione il Perez è personale nel senso che segue un ordine suo; ma ben venga un indirizzo strettamente personale anche in materia di patologia chirurgica quando questo sia derivato da un concetto preciso, esatto che rende chiaro il succedersi dei fenomeni, e la loro interpretazione, che permette di ricostruire con le nozioni fondamentali processi morbosi nella loro anatomia patologica e clinica. I particolari non contano, sono i processi fondamentali quelli che devono essere base delle nostre conoscenze: è vero che si può talvolta dissentire perchè in clinica dalla varietà dei particolari scaturiscono forme morbose differenti pur fondamentalmente identiche: ma è vero anche che individualizzando i particolari si corre il rischio di creare artificiosamente forme cliniche e malattie innumeri perdendo di vista la ragione prima con danno non solo per la diagnosi ma anche per la cura.

In questo volume vengono trattate le malattie provocate da agenti fisici e chimici, quindi tutti i traumi dalle contusioni alle ferite, alle lacerazioni, fratture ecc.; le malattie da lesioni traumatiche non violente, dai tilomi alla necrosi da compressione, le ustioni e le perfrigerazioni, infine le lesioni da agenti chimici.

Criterio etiologico di suddivisione dunque, a cui sta a base il magistrale capitolo sulle reazioni infiammatorie svolto e illustrato con tale chiarezza da rendere facile a chi studia, l'assimilazione di una nozione così fondamentale.

Ritroviamo in questo volume i pregi lodati precedentemente anche per la chiarezza del pensiero e la abilità didattica del Maestro.

Le illustrazioni sono scelte con i criteri da offrire il massimo di chiarezza, talvolta a danno della qualità estetica; ma il loro scopo di istruire è raggiunto come meglio non sarebbe possibile.

Auguriamoci, ripeto, che il completamento dell'opera sia presto un fatto compiuto; i nostri futuri colleghi ne trarranno un vantaggio nell'ampliamento delle loro conoscenze ma in particolare dovranno essere riconoscenti al Perez per una visione unicista della nostra disciplina che permetterà loro di apprendere facilmente, di assimilare e di applicare con vantaggio del malato e loro personale, le nozioni fondamentali.

R. ALESSANDRI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. DU BOIS. *Physiologie et physiopathologie du système réticulo-endothélial*. Vol. in-8° di pagg. 204. Masson & C. Paris 1934, Fr. 36.

Il sistema reticolo endoteliale è interessato ad un numero di attività sia fisiologiche che patologiche assai più estesamente di quanto si credeva per il passato, ed infatti la conoscenza odierna di queste attività ha ridotto di parecchio l'importanza attribuita ai fattori umorali di parecchi processi organici, per dare al metabolismo cellulare un posto assai più largo di quello che gli era stato assegnato.

Se si considera nel suo giusto valore la situazione anatomica privilegiata del mesenchima attivo, vera barriera che debbono superare tutte le sostanze che lasciano il sangue circolante per pervenire al parenchima, o che dai parenchimi ritornano al sangue, si intuisce logicamente l'esistenza di capacità metaboliche più o meno importanti, localizzate negli elementi sparsi di questo mesenchima.

Questo libro rappresenta appunto uno studio di insieme su queste parti del tessuto mesenchimatoso riunite sotto la denominazione di sistema reticolo endoteliale. Solo conoscendo infatti la sua anatomia, le sue proprietà fisiologiche, la sua importanza in patologia, in una parola tutte le sue funzioni è possibile rendersi

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

conto dell'importanza fisiologica di questo tessuto e la sua partecipazione alle grandi sindromi patologiche. *a. p.*

R. GÄRDSTAM. *Ueber Harnsäureabscheidung bei Kreatininbelastung.* Di 296 pag. Suppl. LXVII degli *Acta medica scandinavica*, Nordstedt & Söner, Stockholm, 1935.

L'A. si è posto il problema di ricercare se esiste un rapporto costante fra l'escrezione dell'acido urico e la contemporanea liberazione dal carico di creatinina ed in quale forma si può esprimere tale rapporto in condizioni normali e patologiche.

Ha trovato, di fatto, dei valori che si elevano soltanto in determinate condizioni, per cui si può concludere che essi forniscono un criterio per giudicare la capacità funzionale degli epitelî dei tubuli renali.

Il volume contiene molte indicazioni di tecnica, la discussione generale dell'argomento ed una ricca raccolta di casi in cui sono state fatte le prove di carico con la creatinina. *fil.*

A. RICHAUD, R. HAZARD. *Précis de thérapeutique et de pharmacologie.* Un vol. di p. 1257, con 34 fig. Masson et c.ie, Paris 1935, Fr. 100.

È la ripresa della pubblicazione di un trattato di farmacologia e terapia la cui ultima edizione risale a dieci anni or sono, ed abbenchè fosse la sesta, di già esaurita.

Uno dei due autori essendo nel frattempo deceduto, l'Hazard ha da solo compiuto il lavoro di rifacimento e di completamento. Dieci anni hanno visto la farmacologia e la terapia compiere passi da gigante. Anzi tutto i progressi della chimica sintetica con la scoperta di nuovi rimedi adatti alla cura di malattie specifiche infettive o parassitarie. Di più la sieroterapia, la vaccinoterapia ed in special modo la opoterapia, con il perfezionarsi delle conoscenze sui rapporti funzionali delle varie ghiandole, hanno permesso di isolare nuovi principi attivi rapidamente entrati nell'uso comune. Infine tutto il capitolo delle vitamine nelle sue diverse applicazioni pratiche è il prodotto essenzialmente di questi ultimissimi anni. È giusto pertanto dire che basato il rimaneggiamento di un trattato su fatti di così cospicua mole, risulta un libro quasi interamente nuovo pur essendo i molteplici argomenti inquadrati nel sistema che ha fatto la fortuna delle sue prime edizioni.

La prima parte è dedicata alla farmacologia generale: rapporti dei medicamenti, azione, costituzione, assorbimento ecc.

La seconda parte riguarda la farmacologia speciale, cioè lo studio sistematico dei medicamenti secondo la loro origine: minerale, organica, vegetale, animale.

La terza parte interessa l'arte della formulazione. della redazione della ricetta, la posologia, ecc.

Illustrano l'opera alcuni schemi: citazione di fatti semplice, senza quasi alcun nome di autore, senza bibliografia. Gli studenti ed anche i medici troveranno utile la consultazione di questo chiaro e sintetico trattato.

MONTELEONE.

The 1934 Year Book of general Therapeutics. A cura di B. FANTUS. Un vol. in-8° di 462 pag., rilegato. The Year Book Publishers, Chicago, 1935. Prezzo Doll. 2,25.

L'A., che è Professore di Farmacologia all'Università di Illinois, ha raccolto in questo volume le principali acquisizioni terapeutiche del 1934 desumendole in massima parte dalla letteratura anglo-americana, varie da quella tedesca e poche dalla francese e riunendole in vari capitoli (terapia generale, antipatogeni, alteranti dei tessuti, tossicologia, terapia non farmaceutica, ecc.).

La raccolta è interessante, anche perchè mostra alcuni nuovi orientamenti della terapia, come il crescente abbandono che si viene facendo della medicatura assorbente nel trattamento delle ferite, il drenaggio spinale continuo nella meningite, le applicazioni terapeutiche del veleno di serpenti, delle larve di mosca, i nuovi progressi nella tecnica dell'anestesia, ecc. Tutto un complesso di nozioni, molte delle quali possono essere sfuggite anche a chi si tiene abbastanza al corrente della letteratura medica mondiale e che sono invece di grande utilità per il medico pratico. *fil.*

J. GESCHER. *Wege zur praktischen Homöopathie. Wissenschaft und Methode.* Un vol. in-8° di 88 pag. Hippokrates-Verlag, Stuttgart-Leipzig, 1935. Prezzo RM. 7.

L'A. dedica una terza parte del suo libro a considerazioni teoriche basali dell'omeopatia, che si leggono con grande interesse e sono molto chiare, anche perchè illustrate da schemi significativi. Si considerano in esse, l'essenza dell'omeopatia, la sua posizione rispetto alla medicina generale, il comportamento dell'organismo umano rispetto ai veleni, le leggi psicofisiche.

Nella seconda parte, sono descritte le azioni dei singoli medicamenti, nella terza si danno indicazioni pratiche sotto forma di ricette, come p. es., nella meningite il veleno di api alla IV diluizione (5 gocce ogni 2 ore), nella paresi facciale l'aconito alla III diluizione (5 gocce 4 volte al giorno), ecc.

L'A. ribatte anche i motti di spirito che si fanno spesso contro l'Omeopatia e, davanti al collega scettico prende l'atteggiamento di dirgli: « Che cosa fareste voi quando tutti i rimedî indicati sono rimasti inefficaci? Provate questo... ». L'argomento è persuasivo!

fil.

Wiener Archiv f. innere Medizin. Vol. 27, fasc. 3. Di 160 pag. con 28 fig. Urban e Schwarzenberg, Wien, 1935. Prezzo Scellini 30.

Il presente fascicolo contiene 11 lavori, fra cui: A. Kirsch: *Sui sintomi prodromici della tisi.* A. Korànyi: *Critica della metodica della dottrina costituzionale.* G. Marinesco e N. Vasilesco: *Studio di un caso di morbo di Addison.* A. Leimdörfer: *La diagnosi delle malattie miocardiche latenti.* K. Fröhlich e W. Neumann: *I fermenti di difesa contro le albumine polmonari e renali nella tubercolosi.* D. Manizade: *Un caso di gotta di alto grado con riguardo alle lesioni renali.*

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 7 luglio 1935.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente

Prof. MARINO ZUCO C. — *Sulla tecnica dell'allungamento operatorio del femore.*

Dispositivo per praticare la trazione diretta unipolare o bipolare sugli arti.

Prof. MARINO ZUCO C. — L'O. correda la relazione con dimostrazione di apparecchi e con proiezioni di schemi e dei risultati ottenuti coi metodi ortopedici proposti.

Sulle associazioni dei sieri antitossici con le rispettive antitossine.

Prof. PONTANO T. — L'O. riassume lo stato della questione e riferisce dei risultati delle sue esperienze personali iniziate nel 1930; riporta, in base alle ricerche sugli animali, le conclusioni a proposito delle associazioni siero-anatossina nella difterite, ricordando che questa è possibile quando l'introduzione di anatossina preceda quella del siero. Riporta estesamente le esperienze a proposito del tetano per rilevare la impossibilità della associazione anatossi-serica, poichè comunque inoculati, l'anatossina è annullata nella sua azione vaccinante dalla antitossina del siero. Riferisce sulla precocità della vaccinazione nel tetano (8-11 giorni) con anatossina, e sulla dissociazione tra la dimostrazione di anticorpi in circolo e la raggiunta vaccinazione.

Tonsillografia e linfografia cervicale.

Prof. LUCHERINI T. — L'O. introduce sperimentalmente il Thorotrast nella compagine tonsillare e dimostra, col metodo radiografico, la diffusione del Torio colloidale nell'ambiente circumtonsillare e sopratutto nelle linfoglandule corrispondenti del collo sino all'altezza della base del collo.

Sull'esoftalmo pulsante e la sua cura.

Prof. CHIASSERINI A. e dott. TOMASSINI-MATTIUCCI. — Riferisce il dott. Tomassini-Mattiucci sulla storia clinica di un paziente luetico con esoftalmo pulsante per aneurisma arterovenoso della carotide interna, rotto nel seno cavernoso.

Riferisce il prof. CHIASSERINI sul metodo curativo: restringimento del lume della carotide interna e allacciamento della giugulare. Metodo che ha dato pieno successo La paziente guarita è presentata all'osservazione dell'Accademia.

Assente il prof. Testoni, svolge la sua comunicazione il prof. ALESSANDRI R.

Ganglioneuroma della surrenale sinistra in una bambina di sette anni.

Prof. ALESSANDRI R. — L'O. riferisce su di un caso di voluminoso tumore retroperitoneale, in cui, per l'esame clinico, fu possibile diagnosticare la sede nella capsula surrenale, e, dato il sesso e l'età, la probabile natura di ganglioneuroma. L'operazione fu coronata da successo, e l'O. presenta la piccola malata guarita, e illustra il pezzo anatomico e i preparati istologici. Riferisce anche su casi simili osservati in Italia.

Sulla vaccinoterapia streptococcica endovenosa nelle forme reumatiche.

Dott. CORELLI F. — L'O. riferisce i tentativi di cura di forme reumatiche con vaccini streptococcici, ricavati da stipiti ottenuti con emoculture da malattie focali. I vaccini sono stati introdotti per via venosa. I risultati migliori si sono avuti nel reumatismo articolare subacuto; buoni vantaggi si possono avere anche nelle artriti croniche.

Per quanto l'azione sembri un'azione di stimolo (proteinoterapica), l'O. pensa che sia vantaggioso sempre adoperare uno stimolo vaccinico specifico streptococcico.

Sull'azione della follicolina e altre sostanze sul topolino bianco.

Prof. GHIRON V. — L'O. espone i risultati di ricerche personali.

Con la follicolina nei topolini maschi si sono avute alterazioni a carico della prostata a tipo adenomatoso; nelle topoline femmine fatti di atrofia dell'utero oppure di ipertrofia delle glandole mucose dell'utero con scomparsa dello strato muscolare. Per le altre ricerche l'O. fa un breve cenno essendo esse tuttora in corso.

Consenzienti gli OO. si rimandano le comunicazioni inscritte all'ordine del giorno dei proff. AMANTEA, ZAGAMI, FERRERI, MOLINARI e CHIASSERINI.

Chiusa la seduta ha luogo la comunicazione del prof. MATRONOLA nella Sezione Romana della Società di Anestesia e Analgesia.

Grave sindrome nervosa consecutiva a rachianestesia.

Prof. MATRONOLA G. — L'O. riferisce un caso, in cui, a seguito di un'operazione per appendicite acuta praticata in rachianestesia, comparvero gravi sintomi nervosi consistenti in attacchi convulsivi a tipo Jacksoniano ed in un'emiplegia, che risolvettero. Egli discute se questa sintomatologia debba riportarsi ad un focolaio meningeo-septico o ad una reazione meningea asettica, consecutiva a rachianestesia e propende per questa ultima ipotesi

Il Segretario: T. PONTANO

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Ricambio e circolo nel cuore scompensato.

D. Jahn (*Klin. Wochens.*, 27 luglio 1935) osserva anzitutto che il giudizio sulla possibilità di prestazione di un cardiopaziente non dipende tanto dal suo cuore, ma dalle varie condizioni periferiche.

Di grande importanza è il ricambio. La deficienza di ossigeno provoca la formazione nei muscoli di acido lattico che, arrivato nel sangue circolante, produce la dispnea. La produzione di acido lattico è anche favorita da disturbi nell'assimilazione degli idrati di carbonio dovuti a turbamenti della funzione epatica a causa dello scompenso.

Ma il fegato ha grande importanza anche come regolatore per la ripartizione e l'eliminazione dell'acqua. Da tempo, si è dimostrato che l'oliguria dei cardiaci non è comandata soltanto dalla deficiente sanguificazione dei reni. L'aumento della pressione venosa entra in gran parte nella formazione degli edemi; ma il passaggio dell'acqua dal sangue ai tessuti viene regolato mediante l'intervento di una sostanza elaborata dal fegato, che nei cardiaci scompensati verrebbe prodotta in quantità insufficiente, mentre il salurgan ne favorirebbe la formazione. Tali vedute vengono confermate anche dal fatto che la formazione di edemi nei cardiopazienti si ha specialmente in caso di stasi epatica prolungata.

L'aumento nella eliminazione di urobilina e di urobilinogeno, sempre dovuto a disturbo nella funzione epatica, determina il cambiamento di colore dell'urina senza che vi siano alterazioni del peso specifico.

In complesso, per il giudizio sullo stato dei cardiopazienti scompensati, ha un grande peso lo stato del fegato, dal punto di vista del suo ingrossamento e dell'aumento della sua consistenza. *fil.*

La pressione arteriosa media nelle arterio- e cardiopatie.

G. Antonelli (*Cuore e circolazione*, maggio-giugno 1935), sulla base di numerose osservazioni oscillografiche, conclude che la pressione arteriosa media rappresenta un dato di grande importanza semeiologica, non soltanto considerato per sè stesso, ma anche e soprattutto in rapporto con le pressioni estreme le quali (specialmente la massima) possono mascherare molto del loro reale significato, quando non siano integrate dallo studio della P. media.

Quest'ultima fornisce un criterio più esatto sul regime fondamentale circolatorio e le sue variazioni esprimono assai meglio che non le pressioni estreme (specialmente la sistolica) l'evoluzione degli squilibrii circolatorii, che fanno parte dell'insufficienza cardiaca.

La pressione media, però, non va studiata da sola, ma sempre in rapporto con quelle estreme; soltanto in tale condizione, essa può essere feconda di preziosi insegnamenti di ordine diagnostico e pronostico.

L'A. fornisce poi utili indicazioni per i singoli stati morbosi. *fil.*

L'ipertensione nelle nefropatie.

F. Marcolongo (*Cuore e circolazione*, agosto 1935) rileva che, sebbene rare, vi sono delle forme di glomerulo-nefrite cronica non ipertonica, che assumono grande importanza per il problema patogenetico dell'ipertonia nelle affezioni del rene, in quanto che obbligano alla revisione della questione circa i rapporti fra processo morboso glomerulare e fenomeno ipertensivo.

Dal lungo studio, che è interessante leggere nell'originale, si ricava in complesso che in questi casi, vi sia stata all'inizio la ipertensione arteriosa, poi caduta per il sopraggiungere di vari fattori ipotensivi, fra cui particolarmente l'intossicazione uremica. In altri casi, manca l'ipertensione probabilmente per particolari condizioni dell'individuo, del suo apparato cardio-vascolare, per atipie del reperto anatomico o per incompleta evoluzione del processo glomerulo-nefritico alle fasi estreme del raggrinzamento renale.

L'assenza dell'ipertensione in queste forme di nefrite cronica non deve quindi essere sopravalutata per accettare l'indipendenza del processo ipertensivo da quello glomerulo-nefritico; essa può, anzi, essere spiegata meglio con le dottrine renali che quelle extrarenali dell'ipertensione nella nefrite cronica. *fil.*

La pressione venosa negli individui normali a varie età.

M. Bassi (*Cuore e circolazione*, agosto 1935) ha determinato la pressione venosa in 154 individui normali dai 10 agli 80 anni, trovando i seguenti valori.

1) Sotto i 20 anni: Media di cm. 13 di H_2O, con massimo di 16 e minimo di 9 (negli uomini 12,6; nelle donne 12,3).

2) Dai 20 ai 30 anni: Media 11, con massimo di 15 e minimo di 7 (negli uomini 11, nelle donne 11,5).

3) Dai 30 ai 40 anni: Media 13, con massimo di 16 e minimo di 7 (negli uomini 11,7, nelle donne 12,7).

4) Dai 40 ai 50 anni: Media 9, con massimo di 13 e minimo di 7 (negli uomini 8,4, nelle donne 10,3).

5) Dai 50 ai 60 anni: Media 8, con massimo di 10 e minimo di 7 (negli uomini 7,6, nelle donne 8,5).

6) dai 60 ai 70 anni: Media 7,5, con massimo di 9 e minimo di 6,5 (negli uomini 7,1, nelle donne 7,8).

7) Dai 70 agli 80 anni: Media 7, con massimo di 9 e minimo di 6,5 (negli uomini 6,9, nelle donne 7,1).

La pressione venosa diminuisce col crescere dell'età, inversamente a quanto accade per quella arteriosa, probabilmente per un ostacolo nel letto vascolare intermedio dovuto ad alterazioni involutive nel circolo capillare.

fil.

La Roentgenterapia nelle carditi ed aortiti.

B. Jegorow (*Strahlentherapie*, vol. 52, 1935) rilevando l'efficacia della röntgenterapia nei granulomi infettivi, trova che teoricamente è giustificata una tale terapia per modificare il substrato istologico del reumatismo cardiaco. L'effetto clinico che ne consegue si spiega con l'azione dei raggi X sull'infiltrato precoce di Klinge e sul granuloma di Aschoff, nel senso che esso provoca la retrocessione dei noduli ed il passaggio alla fase di cicatrice sclerotica. Inoltre, la röntgenterapia non soltanto induce la quiescenza delle lesioni reumatiche cardiache recenti, ma permette anche d'impedire l'ulteriore sviluppo dei vizi cardiaci e delle aderenze pericardiche.

Nei vizi scompensati il trattamento è indicato soltanto in caso di nuovi attacchi endocarditici. Nelle endocarditi settiche, specialmente nella endocardite lenta, l'A. ha osservato in 3 casi un notevole miglioramento, con retrocessione del tumore di milza, dell'anemia, della nefrite cardiaca, ecc.

Nello stadio di formazione degli edemi, però, questa terapia non è più efficace. Invece, nei processi infiammatori parietali dell'aorta toracica od addominale, specialmente nelle malattie vascolari sifilitiche, si ottengono con essa dei successi dal punto di vista obbiettivo come subbiettivo.

La tecnica è la seguente: serie di 3-5 sedute a dosi infiammatorie sulla regione cardiaca ed aortica, una alla settimana; poi, pausa di 2-3 mesi e, quindi, nuova serie. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Fattori che influiscono sulla glicemia.

C. S. Robinson, R. C. Derivaux e B. Hewel (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, giugno 1935) hanno studiato il livello della glicemia in rapporto colla scomparsa e comparsa dello zucchero nelle urine.

La tecnica seguita fu la seguente: dopo una notte di digiuno si applicava un catetere vescicale; poi si vuotava la vescica e si faceva un prelevamento di campione di sangue. Poi si iniettava rapidamente nelle vene soluzione glucosata e successivamente si raccoglievano campioni di urine e di sangue ogni minuto per le urine e ogni 3 minuti pel sangue. La quantità di glucosio somministrata era di 10 gr.

Se il glucosio è somministrato per bocca, esso compare nelle urine solo dopo 1/2 ora, invece nella somministrazione per via endovenosa.

Su 30 casi studiati la glicosuria comparve in 5 minuti o anche meno in 14 casi, in 7 minuti in 3 casi, in 1 caso con 8 gr. di glucosio si ebbe glicosuria solo dopo 32 minuti (e in questo stesso soggetto la glicosuria comparve dopo 14 minuti quando la dose di glucosio fu portata a 12 gr.).

L'esperienza degli autori concorda con quanto è stato visto da altri, che cioè la glicosuria si inizia solo dopo che la glicemia ha raggiunto il suo massimo.

Il limite di glicemia al quale comparve glicosuria ha oscillato fra 123 e 230 mg. %, mentre quello a cui scomparve la glicosuria fu di 120 mg. % o meno.

Per quanto riguarda la durata della glicosuria, in 2 su 19 esperimenti la glicosuria non comparve, in 8 durò 15' o meno, in 4 fra 15' e 26', in 3 fra 26' e 37' e in 2 la glicosuria continuava ancora dopo 40'.

R. LUSENA.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. F. D. M. B. da B.:

Le scuole di specializzazione di Tisiologia esistono presso le RR. Università di Roma e di Milano.

La scuola di Roma, diretta dall'On. prof. Eugenio Morelli, è presso l'Istituto Carlo Forlanini.

Per programmi e condizioni rivolgersi alla Segreteria — Facoltà di Medicina — delle R. Università da cui detti corsi dipendono.

G. M.

VARIA

Definizione di malattie allergiche.

Di quest'argomento si occupa un editoriale di *The Journ. of The Americ. Medic. Assoc.* (1° giugno 1935).

Pirquet ha definito l'allergia come una modificata capacità di reazione che l'organismo umano o animale acquista colla guarigione da una malattia o col trattamento mediante sostanze estranee.

Rac Demann definisce l'allergia come la capacità di reagire a molte sostanze che sono innocue agli individui normali.

Aschoff pensa che si debba restringere l'estensione del termine allergia a quei casi in cui c'è una vera ipersensibilità tissulare.

R. LUSENA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

VIII. - La motivazione del licenziamento per fine del periodo di prova.

Si discute, dunque, della sufficienza di una o altra formula: « non ha corrisposto alle aspettative e ai desideri dell'Amministrazione »; o « non ha saputo conciliarsi la fiducia della popolazione » e simili. E qui, sottigliezze dialettiche, distinzioni, pareri diversi e, purtroppo, anche risoluzioni contrastanti.

Basta la indicazione della causa generica: ma che significa, giuridicamente, *causa* dell'atto? E l'interesse amministrativo? E il risultato negativo della prova? E il *motivo* che determina *concretamente* la volontà? Anche qui discussione, incertezze, confusione.

Per non affrontare il problema nella sua sostanza e risolverlo nettamente, si è smarrita la via diritta e, a forza di temperamenti ed espedienti, il pensiero si è immiserito nella ricerca, spesso vana, di una formula che, generalmente, — nella realtà se non nelle intenzioni — è il riflesso di una ipocrisia, e, in ogni caso, non ha scopo pratico. Non protegge l'interesse del sanitario, il quale sarà licenziato bene o male a seconda che la formula sia trovata abilmente; è tormento degli amministratori, esposti al rischio dell'annullamento dell'atto, non per motivo sostanziale ma perchè la formula sia o appaia meno felice; è impoverimento della funzione giurisdizionale, costretta ad un sindacato tanto superficiale quanto inutile e ad uno sforzo che la priva di ogni contenuto serio.

Il diritto positivo non ha fatto un passo verso la chiarificazione.

Segretario comunale: l'art. 165 del T. U 1915, n. 148, prescriveva la motivazione; l'articolo 185 del T. U. 1934, n. 383, la esclude, probabilmente perchè provvede il Prefetto.

Impiegati comunali, in genere: l'art. 40 del R. D. 1923, n. 2839, obbligava a motivare; l'art. 224 del T. U. 1934, dispone, invece, che « deve essere enunciata la *causa generica* della dimissione ».

Impiegati delle istituzioni pubbliche di beneficenza: *tutte* le deliberazioni devono essere *motivate* (art. 49 del. reg. 1891, n. 99), senza eccezioni; alla stessa regola è, quindi, soggetto il licenziamento per fine del periodo di prova.

Ufficiale sanitario: l'art. 18 del T. U. 1907, n. 636, prescriveva il parere del Consiglio Provinciale Sanitario e la motivazione del provvedimento; l'art. 37 del T. U. 1934, n. 1265, invece, dispone che il decreto del Prefetto sia motivato genericamente.

Sanitari condotti: il T. U. 1907, non richiedeva la motivazione; l'art. 71 del T. U. 1934, innovando sensibilmente, dispone che la deliberazione « *deve essere motivata genericamente* ».

Fra tanta varietà non è facile orientarsi verso una direzione se non uniforme, in tutti i casi, almeno non molto divergente da altre. Maggiori sono le incertezze della giurisprudenza; è inutile cercarvi un indirizzo costante: non c'è, per difficoltà obbiettiva e anche perchè il magistrato esamina e risolve casi concreti, e, spesso, particolari contingenze della controversia influiscono sia pure inavvertitamente sulla decisione: voglio dire contingenze obbiettive. Ecco qualche esempio.

Con decisione 28 dicembre 1928 fu ritenuta sufficiente questa motivazione: « perchè il medesimo non ha corrisposto alle esigenze dei servizi ed ai bisogni dell'Amministrazione ». Con altra sentenza 8 luglio 1933 ric. Rossoni, lo stesso Consiglio di Stato disse: « non soddisfa però nè l'esigenza dell'art. 49 predetto nè la citata giurisprudenza una motivazione obbiettiva, ma siffattamente generica, che manchi di qualsiasi contenuto; la motivazione che, come nella specie, si limita a enunciare che l'esperimento non sia riuscito conforme ai desideri dell'amministrazione, e troppo generica per potersi considerare conforme alla volontà della legge appunto perchè non indica nessun fatto concreto ».

Gli esempi si potrebbero moltiplicare.

Per i sanitari condotti, trascurando divergenze ed eccezioni, si può ritenere che fossero dominanti, prima del T. U. 1934, questi criteri direttivi: non è necessario motivare, in qualsiasi modo, essendo sufficiente che risulti essere deliberato il licenziamento per fine del periodo di prova; ma se i motivi siano dichiarati, sono sindacabili dal punto di vista della legittimità; è illegale il licenziamento se risulti essere stato determinato dallo scopo di evitare la stabilizzazione del rapporto di impiego o se sia motivato da fatti disciplinari o comunque da fatti specifici che possano offendere il credito, la riputazione del sanitario; ed è illegittimo il provvedimento se comunque risulti senza causa o effetto di causa falsa. Però il sindacato, dal punto di vista dell'eccesso di potere, è stato esercitato con criteri *molto restrittivi*: il Consiglio di Stato ha preferito di salvaguardare la discrezionalità massima, sacrificandole la sua più alta funzione e la più utile, cioè il controllo esercitato profondamente al fine di sorprendere l'eccesso di potere, che spesso si annida nelle formule.

Il T. U. 1934, n. 1265, con disposizione manifestamente innovatrice, obbliga a motivare il licenziamento, ma *genericamente*. Le incertezze sono intuitive, specialmente quando dal

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

concetto astratto di genericità si discenda alla concreta applicazione. Sono stato forse tra i primi a trovarmi di fronte a questa difficoltà, in sede giurisdizionale, per un licenziamento motivato con questa formula: « non ha saputo riscuotere la fiducia della popolazione ». Questa non è motivazione: è semplice indicazione di un risultato negativo; non indica nemmeno genericamente alcuna deficienza di carattere, di attività, di diligenza. Non è possibile alcun controllo. Il Consiglio di Stato, però, con decisione 12 luglio 1935, n. 714, ricordato il sistema legislativo precedente e riassunte, secondo me non del tutto esattamente, le oscillanti direttive della giurisprudenza formatasi per i sanitari condotti e per gli impiegati comunali in genere, ha concluso così: « deve ritenersi che con la formula *motivazione generica* siasi voluto richiedere soltanto l'enunciazione della *causa obbiettiva* del provvedimento, senza l'esposizione specifica dei motivi e delle circostanze di fatto che hanno determinato il giudizio del fallito esperimento, omettendo cioè il ragionamento concreto e circostanziato in base al quale ci si è pervenuti... Invero l'affermazione che il ricorrente non ha saputo riscuotere la fiducia della popolazione, nel mentre enuncia in modo obbiettivo il *giudizio* che l'esperimento è fallito, non lede in alcun modo le qualità personali del sanitario. Il pretendere che detta affermazione fosse accompagnata dalla menzione della causa per cui non venne riscossa la fiducia della popolazione, significa pretendere quella motivazione specifica che, come si è dimostrato, la legge non esige ». Non siamo d'accordo: ne dirò le ragioni.

Con altra decisione 13 luglio 1935, n. 749, lo stesso Consiglio di Stato avverte che « nella varietà delle contingenze l'esperienza pratica ammonisce come, in concreto, non sia agevole adottare formule che da un lato pongano in chiaro la causa del licenziamento per mal riuscita prova e dall'altra non intacchino con pregiudizievoli indicazioni la onorabilità del funzionario ». Sembra che riconosca non sufficienti, per esempio, le seguenti affermazioni: « la prova è fallita »; « la prova non è riuscita conforme ai *desideri* dell'amministrazione »; o « il servizio prestato non è riuscito di gradimento o non ha corrisposto all'aspettativa dell'Amministrazione ». La sentenza però, in rapporto al caso deciso, dichiara sufficiente questa motivazione: « non ha corrisposto alle esigenze del servizio e alle aspettative della popolazione ». La difesa del ricorrente aveva osservato che motivare significa esporre le premesse del giudizio, le ragioni dell'atto in rapporto al caso concreto, sicchè si possono controllare i motivi e la conclusione, dal punto di vista della legittimità. Non è sufficiente la semplice affermazione di un risultato non corrispondente ad esigenze di servizio indeterminato e ad imprecisate aspettative, che possono anche essere eccessive, arbitrarie ed illegittime e in ogni caso sono soggettive e incontrollabili. Questa affermazione è riferibile a qualsiasi caso, non ha contenuto concreto e non rende possibile il controllo di legittimità: insomma, non è motivazione.

Queste ragioni, che sono riferite dalla sentenza e mi dispensano dal ripeterle per indicare alcuni dei motivi del mio dissenso, non hanno avuto fortuna. Ma è da augurare che questo indirizzo appena iniziato non si stabilizzi, perchè non corrisponde esattamente alla nuova disposizione del testo unico e praticamente annienta l'obbligo della motivazione. La verità è che il Consiglio di Stato si è preoccupato di due esigenze: salvaguardare il potere discrezionale dell'Amministrazione, nel momento conclusivo della prova; evitare che il contenuto del licenziamento offenda la reputazione del sanitario, costituisca per esso un precedente dannoso o, peggio, attribuisca fatti disciplinari.

Il problema, dicevamo, deve essere considerato razionalmente e con coraggio.

Si comprende la utilità di un periodo di prova: mediante il procedimento del concorso si accerta approssimativamente la capacità tecnica, ma l'esperienza serve di controllo di altri requisiti non meno necessari. E si comprende che l'Amministrazione abbia un potere di valutazione che, pur essendo fondata sull'attività concreta e, quindi, sull'esercizio professionale e sulla vita di relazione, in base ad *atti* e *fatti*, è necessariamente complessiva e sintetica. Ma oltre questa esigenza c'è anche quella della doverosa tutela del sanitario e della protezione contro l'errore o l'arbitrio. La preoccupazione di non cagionare pregiudizio alla reputazione, con apprezzamenti offensivi, è eccessiva: già il licenziamento stesso per fine del periodo di prova, anche se nessun motivo sia indicato, è un precedente dannoso in quanto risulta che l'esperimento è stato negativo. Chi legge la deliberazione *tacita*, è autorizzato a pensare anche ad ipotesi più gravi del giudizio che risulterebbe se fosse motivato. Io sono persuaso che sia da evitare la attribuzione di un potere discrezionale senza obbligo di motivazione. Il sanitario non soltanto è esposto al danno del provvedimento — danno economico e morale — ma non è protetto contro l'errore e l'arbitrio. La motivazione è freno potente contro gli eccessi e le deviazioni. Escluderla significa aprire la via all'arbitrio.

Si deve anche ammettere che, se il sanitario sia responsabile di fatti disciplinari e l'Amministrazione per questi fatti voglia licenziarlo, debba osservare il relativo procedimento, con le opportune garanzie; si può ammettere che se siano indicati fatti *specifici*, data almeno la disposizione del nuovo T. U., il provvedimento sia illegittimo, in quanto la indicazione concreta di violazioni di norme di condotta possa pregiudicare; ma da ciò non deriva che il potere debba essere esercitato senza motiva-

NELLA VITA PROFESSIONALE.

(Seguito **Politica-Sanitaria e Giurisprudenza):**

zione o quasi. Razionalmente e praticamente è necessario che risultino le ragioni del provvedimento. La legge, per altro prescrive la motivazione: generica, ma *motivazione*. Questa disposizione deve essere rispettata. Dire che il sanitario condotto non ha corrisposto alle aspettative dell'Amministrazione, non ha saputo conciliarsi la stima degli abitanti, ecc. significa affermare che la prova è stata negativa: si indica, in sostanza, un risultato *mediante semplice affermazione*. Ma, per motivare, è necessario esporre le premesse del giudizio, le ragioni dell'atto in rapporto al caso concreto: almeno quanto basti al fine del controllo giurisdizionale. Devono essere evitati fatti specifici: questo è il significato della disposizione che prescrive la motivazione generica. Ma è necessario che siano almeno indicate le deficienze.

In ipotesi, si può comprendere astrattamente la soluzione opposta, che esclude l'obbligo di qualsiasi motivazione; ma le due recenti risoluzioni del Consiglio di Stato, che tendono *per via indiretta* a questo risultato, non corrispondono alla disposizione *ora in vigore*. È da sperare, quindi, che questo indirizzo sia rettificato.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale.

Il nuovo Consiglio si è adunato il 5 ed il 6 settembre. All'inaugurazione, onorata dalla presenza del Capo del Governo, il Ministro dell'E. N. pronunziò un elevatissimo discorso, in cui lumeggiò l'importanza che il Governo Fascista ascrive agli studi, nella vita della Nazione; i nostri lettori hanno potuto apprezzare il magnifico discorso, integralmente riportato nei quotidiani. I concetti esposti vennero avvalorati, con brevi ed efficaci parole, dal Capo del Governo.

Il Consiglio si adunerà di nuovo prossimamente. Riferiremo sulle principali deliberazioni adottate.

Cronaca del movimento professionale.

I concorsi sospesi sino a nuovo ordine.

La Presidenza del Consiglio ha diramato una circolare con cui vengono sospesi sino a nuovo ordine i bandi di concorso per le Amministrazioni dello Stato, per le Provincie, per i Comuni, per gli Enti parastatali e comunque controllati dallo Stato.

È fatta eccezione solo per le Amministrazioni militari.

Casi eccezionalissimi, che si presentassero, dovranno essere sottoposti direttamente all'approvazione del Capo del Governo.

(È chiaro che questa disposizione si applica ai concorsi da bandire, non a quelli ormai in via di svolgimento. N. d. R.).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Pesaro 30 settembre; Aosta 1 ottobre; Bolzano 10 ottobre; Messina 15 ottobre; per Matera proroga al 20 settembre.

AGRIGENTO. — Concorso al posto di Capo del Servizio Sanitario per le Casse mutue dell'industria della Provincia di Agrigento. Stipendio L. 12.000 annue lorde oltre indennità accessorie. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio di Collegamento e di gestione delle Casse mutue dell'Industria, Agrigento, piazza Cavour 5. Scadenza 30 settembre 1935.

BARI. — La Cassa Mutua Malattie per i lavoratori agricoli della Provincia di Bari, ha indetto un concorso per titoli a un posto di Medico-Chirurgo fiduciario presso la sua sede in Bari. L'onorario annuo è di L. 8500. Scad. 30 sett. Gli interessati potranno prendere visione del bando di concorso, nonchè del relativo capitolato, presso la sede della Cassa Mutua Malattie in Bari, Corso Vittorio Emanuele 30, Bari.

BRESCIA. *Opere Pie Raggruppate, Ospedale dei Bambini « Umberto I » ed Istituti Rachitici.* — Concorso, per titoli ed esami, ai posti di Medico Assistente per il Reparto Medico - Medico Assistente per il Reparto Chirurgico, retribuiti con l'assegno annuo lordo di L. 4500 non aumentabile periodicamente, con la quota del 5 per cento sui proventi dei degenti pensionati e con l'indennità di L. 25 oltre al vitto per ogni giorno di guardia. Stipendio, indennità e percentuali sono soggetti alle deduzioni e trattenute di legge. I Medici assistenti potranno essere iscritti, dietro loro domanda, alla Cassa di Previdenza dei Sanitari. Il concorso si chiude alle ore 17 del giorno 10 ottobre 1935. Tassa L. 50; età limite anni 40. Per le altre condizioni chiedere bando alla Segreteria.

BRINDISI. — Concorso al posto di Direttore della Sezione Dispensariale di Igiene Sociale in Ostuni. Stipendio L. 11.600 suscettibile di tre aumenti quadriennali rispettivamente di L. 600, L. 700 e L. 900. Indennità servizio attivo L. 2800. Stipendio ed indennità sono soggetti alle riduzioni ed alle trattenute di legge. Età anni 21-40 s. e. l. Diploma di abilitazione all'esercizio professionale di medico-chirurgo e di specializzazione in tisiologia. Tassa concorso L. 50.10. Chiarimenti alla Segreteria del Consorzio Antitubercolare presso l'Amministrazione provinciale di Brindisi. Scadenza 10 ottobre 1935.

CAGLIARI. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Posto di medico aiuto. Stipendio L. 12.000 e 3 quinquenni dec., oltre L. 3500 servizio attivo. Scadenza 30 settembre 1935. Rivolgersi alla Segreteria.

FANO. — (Vedere PESARO).

GARBAGNATE MILANESE. *(Milano). Sanatorio Vittorio Emanuele III.* — Posto di medico primario

specialista, con stipendio annuo di L. 7850, oltre L. 2500 per indennità di trasferta, al lordo di tutte le trattenute di legge. Età massima anni 40, salvo eccez. di legge. Tassa di concorso L. 50.

— Posto di Medico assistente interno. Stipendio annuo L. 6100 lorde, oltre L. 1500 lorde per indennità di residenza, più L. 20, nette, per ogni giornata di servizio di guardia. Età massima anni 35 salvo eccez. di legge. Tassa concorso L. 50.

Scadenza per ambedue i posti, 30 settembre 1935.

GENOVA. *Ospedali Civili.* — Primario medico tisiologo; per titoli; stipendio L. 6000, per anni cinque, salvo conferme triennali, fino a 60 anni; il concorso è riservato ai sanitari di sesso maschile; laurea da 6 anni; tassa L. 50. Scadenza, ore quindici, del 30 settembre 1935. Per le altre condizioni chiedere avviso, rivolgendosi alla Segreteria, presso l'Ospedale di *S. Martino.*

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Chirurgo primario ostetrico-ginecologo; per titoli ed eventualmente per esami; nomina per 5 anni, conferme di 3 anni; sei anni di laurea; tassa L. 50. Scad. 31 ottobre, ore 17. Chiedere avviso alla Segreteria (corso Roma).

IMPERIA. — Posto di Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare. Stipendio annuo lire 19.000, elevabile a L. 21.000; indennità di servizio attivo L. 5200. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Tassa concorso L. 50. Scadenza 24 settembre 1935.

LUGO. — (Vedere RAVENNA).

MESSINA. *R. Prefettura.* — Posti di Ufficiale Sanitario nei seguenti comuni: CAPO D'ORLANDO, stipendio L. 2000; CARONIA, stipendio L. 5000; CASTROREALE, stipendio L. 2000; GIOIOSA MAREA, stipendio L. 5000; NASO, stipendio L. 2000; SAN FRATELLO, stipendio L. 4000. Per tutti scadenza 15 ottobre 1935.

MESSINA. *R. Prefettura.* — Concorso, per titoli ed esami, ai seguenti posti di Medico condotto: CONDRÒ, stipendio 9000; FORZA D'AGRÒ, stipendio L. 9000; MONGIUFFI MELIA, stipendio L. 9000; MONTAGNAREALE, stipendio L. 8000; NASO (prima e seconda condotta), stipendio L. 8000; PATTI (seconda e terza condotta), stipendio L. 8000; PIRAINO, stipendio L. 8000; ROCCALUMERA (per la *frazione* Nizza Sicula), stipendio L. 8000; SANTA TERESA RIVA (per la *fraz.* Sávoca e Casalvecchio), seconda e terza condotta; stipendio L. 9000; TUSA (*capoluogo*), stipendio L. 9000. Per tutti i posti scadenza 15 ottobre 1935.

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Concorso, per titoli, al posto di Primario Chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde del 12 % e delle altre ritenute come per legge); compartecipazione del 40 % dei proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40 salvo le eccezioni di legge. Sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche Universitarie od Ospedali di almeno 500 letti. Laurea conseguita da almeno 10 anni. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 20 ottobre 1935-XIII. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Nardò.

OSTUNI. — (Vedere BRINDISI).

PESARO. *R. Prefettura.* — Posto di Ufficiale Sanitario per FANO. Stipendio annuo lorde L. 7800; indennità per servizio attivo L. 900 lorde; più caroviveri. Domanda e documenti alla R. Prefettura. Scadenza 30 settembre 1935.

PESARO. *Ospedale « S. Salvatore »* alle dipendenze della Congregazione di Carità. — La scadenza del concorso al posto di Medico Primario nell'Ospedale predetto, il cui bando venne pubblicato nel N. 23 del 10 giugno 1935-XIII, di questo periodico, è stata prorogata alle ore dodici del 15 ottobre 1935-XIII. A modificazione dell'avviso precedente, basta che i concorrenti producano il certificato comprovante il servizio effettivo prestato per almeno un quinquennio, con qualifica non inferiore ad Assistente, in reparti medici di Ospedali non minori di 100 letti, oppure in Cliniche Mediche o Istituti di patologia medica universitari.

RAVENNA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 30 sett.; direttore della Sezione dispensariale di Lugo; L. 9000; indennità di trasferte; età limite 35 a. al 25 lug.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Presidenza.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Posti di medici civili per le colonie: per la *Libia*, stipendio mensile L. 1600; per l'*Eritrea*, stipendio mensile L. 2000; per la *Somalia*, stipendio mensile L. 2500. Età massima anni 35 salvo eccezioni di legge.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Pontelagoscuro, Rovigo I, Savignano sul Rubicone, Suzzara, Tavernelle (Bologna); Torralba (Cagliari); Grammichele, Nizza di Sicilia, Noto, Pachino, Paternò, Siracusa I (Catania); Bonassola (Genova); Cremona II (Milano); Eboli II, Nocera Inferiore, Padula, S. Martino in Pensilis, Solopaca (Napoli); Palermo VII (Palermo); Campiglia Marittima, Collecchio, Fauglia, Gavorrano (Pisa); Acquappesa, Agropoli, Celle di Bulgheria, Praja d'Ajeta, Ricadi, Rosarno I (Reggio Calabria); Bastia Mondovì, Gravellona Toce, Mortara II, Sessant (Torino); Malles Venosta, Prato all'Isarco (Trento). Inviare domanda e chiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 settembre 1935-XIII.

ROMA. *Amministraz. Provinciale.* — Scad. 31 ottobre; due medici primari di 2ª classe presso gli Istituti Psichiatrici della Provincia. Rivolgersi agli uffici dell'Amministraz. Provinc., via IV Novembre 119-A, Roma.

SALUZZO (*Cuneo*). *R. Ospedale Civile.* — Al 30 settembre, assistente interno di chirurgia; rivolgersi alla Segreteria.

TORINO. *Ospedale Maria Vittoria.* — Concorso al posto di vice-direttore dell'Istituto di Elettrocardiografia alle condizioni che stabilisce il relativo programma. Le domande debbono pervenire non oltre le ore diciasette del 24 ottobre 1935 alla Segreteria dell'Ospedale presso la quale trovansi visibili il programma di concorso, lo Statuto ed il regolamento dell'Opera.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Primario dermosifilopata; proroga al 30 settembre, ore 18.

ZARA. *R. Prefettura.* — Scad. 11 novembre; medico condotto per Lagosta; ab. 1864; stip. L. 12.000, 4 quadrienni di L. 700 e 4 di L. 800, oltre L. 600 funzioni di uff. san. e L. 200 funzioni di veterinario.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Giunta esecutiva dell'Opera nazionale maternità ed infanzia ha nominato direttore generale il prefetto gr. uff. avv. Marino Mutinelli.

Il podestà di Palermo ha chiamato il prof. G. Pollaci a reggere, come medico capo, i servizi di assistenza sanitaria municipali. Rallegramenti vivissimi al valoroso collega.

NOTIZIE DIVERSE

6° Congresso nazionale di medicina legale.

Per aderire alla richiesta di alcuni colleghi, al fine di evitare che il detto Congresso coincida con quello internazionale sulla trasfusione del sangue, che sarà tenuto in Roma nei giorni 26-29 settembre, il segretario del Direttorio dell'Associazione Italiana di Medicina Legale, prof. A. Cazzaniga, è venuto nella determinazione di rinviare la riunione ai giorni 10-13 ottobre.

Il programma per il resto rimane immutato.

Il primo giorno, alle 9 antimeridiane, nell'Aula dell'Istituto di Medicina Legale, sarà svolta la relazione dei proff. Amedeo Dalla Volta della R. Università di Catania e Boldrino Boldrini della R. Università di Parma, intorno ai « Problemi medico-legali del matrimonio canonico ». Seguiranno la discussione intorno alla relazione e comunicazioni varie.

La seduta pomeridiana, che avrà inizio alle 15, sarà riservata alle comunicazioni.

Il secondo giorno la seduta antimeridiana sarà iniziata con la commemorazione del prof. Salvatore Ottolenghi, tenuta dal prof. Attilio Ascarelli della R. Università di Roma, cui seguirà la commemorazione di Cesare Lombroso, in occasione del centenario della nascita, tenuta dal prof. Ruggero Romanese, della R. Università di Torino.

Seguirà una seduta privata dei soci dell'Associazione Italiana di Medicina Legale.

La seduta pomeridiana sarà destinata alle comunicazioni.

La seduta antimeridiana della terza giornata sarà dedicata alla relazione intorno a « Le moderne dottrine caratterologiche e l'antropologia criminale » dei proff. Ennio Rizzatti della R. Università di Parma e Giulio Menesini della R. Università di Siena. Seguiranno la discussione e le comunicazioni, che continueranno nella seduta pomeridiana.

Nella quarta giornata i congressisti si recheranno a rendere omaggio alla memoria di Cesare Lombroso a Verona.

Per potere organizzare la gita nella maniera più conveniente per i congressisti, è necessario che coloro che vorranno parteciparvi inviino al più presto la loro adesione alla Segreteria del Congresso (via Mangiagalli 37, Milano).

Coloro che hanno chiesto l'iscrizione al Congresso e coloro che la chiederanno, qualora non avessero ancora provveduto, sono pregati di volere inviare con cortese sollecitudine la quota di iscrizione in L. 30 indirizzandola impersonalmente alla Segreteria.

Si pregano coloro che intenderanno svolgere delle comunicazioni a inviarne sollecitamente il titolo per potere tempestivamente procedere alla compilazione del programma.

Sede degli uffici: Istituto di Medicina Legale della R. Università di Milano, via Mangiagalli 37.

4° Congresso nazionale di nipiologia.

Si è svolto a Trieste, sotto l'alto patronato di S. A. R. la Duchessa d'Aosta e con gli auspici dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia; ha assunto notevole importanza per il numero e il valore delle relazioni.

La cerimonia inaugurale ebbe luogo con solennità il 5 settembre, nella Sala Duca d'Aosta. Il podestà di Trieste rivolse ai convenuti il saluto della città; il preside della Provincia recò le adesioni di S. A. R. la Duchessa d'Aosta, del presidente generale della C. R. I. sen. Cremonesi e del consigliere delegato dell'Italia Redenta sen. Tosti di Valminuta. Il prof. Ernesto Cacace, fondatore della nipiologia e presidente del Congresso, tracciò la storia di trenta anni di lotta per l'affermazione della scienza nipiologica, ricordando gli illustri scienziati italiani ed esteri.

Parlarono quindi il console generale dell'Uruguay, il console dell'Argentina ed il console del Cile, i quali portarono l'adesione dei loro Governi.

Il discorso inaugurale venne pronunciato dal presidente dell'O. N. Maternità ed Infanzia, gr. uff. Sileno Fabbri, il quale svolse il tema « L'azione dell'O. N. M. e I. per la difesa del lattante ». Il sen. Francesco Valagussa, delegato della Croce Rossa Italiana, parlò sulle provvidenze della Croce Rossa per la difesa del lattante.

Dopo il rapporto del conte Tosti di Valminuta sull'opera dell'Italia Redenta per la protezione del lattante, l'avv. Pieri, dette lettura dei telegrammi inviati al Re, al Duce ed a S. E. Starace, suscitando entusiastiche acclamazioni.

Nel pomeriggio e nei due giorni seguenti vennero lette e discusse numerose relazioni di studiosi e professionisti di tutta Italia. Infine i congressisti hanno votato un ordine del giorno col quale, dopo aver rivolto un plauso al fondatore del movimento nipiologico, prof. Cacace, hanno invocato la creazione, nell'atmosfera fascista, di un Istituto di nipiologia che realizzi lo studio integrale e scientifico del lattante, promessa alla efficiente difesa del lattante stesso.

I congressisti hanno reso omaggio alla cella di Oberdan.

I lavori sono stati intramezzati da visite e ricevimenti.

1° Congresso della previdenza sociale.

La serie dei Congressi medici che si svolgeranno in Bologna nell'ottobre prossimo — in occasione della Mostra internazionale del libro di medicina e della Mostra del materiale sanitario — sarà aperta dal Congresso della Previdenza Sociale che si terrà il 1° e il 2 ottobre.

Il Congresso, organizzato dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, sarà inaugurato da S. E. l'on. prof. avv. Bruno Biagi, presidente dell'Istituto stesso, con un discorso nel quale tratterà dell'« Orientamento del diritto corporativo nei rapporti della medicina e della igiene sociale ».

Il Congresso svolgerà poi il seguente programma di lavoro:

Invalidità. « La prevenzione e la cura delle malattie in rapporto alla invalidità », relatore: prof. G. Pisenti;

« La cura termale nella prevenzione della invalidità », relatore: prof. A. Gasbarrini;

« La funzione dei convalescenziari nell'accertamento e nella prevenzione della invalidità », relatore: sen. prof. L. Devoto.

Tubercolosi: « Le finalità terapeutiche ed economiche della diagnosi precoce e mezzi per attuarla », relatore: on. prof. E. Morelli;

« Estensione della previdenza assicurativa nelle forme obbligatorie e facoltative », relatore: prof. C. Giannini;

« La terapia del lavoro sanatoriale e post-sanatoriale », relatori: proff. F. Bocchetti e F. Parodi;

« L'assistenza ai tubercolosi cronici », relatore: prof. G. Costantini.

Previdenza per le madri e per i giovani: « La tutela della madre in funzione della sanità della razza »;

« La mutualità scolastica nell'opera formativa e preventiva delle nuove generazioni ».

La partecipazione al Congresso è gratuita. Coloro che desiderano avere gli Atti del Congresso, che saranno editi a cura dell'Istituto, debbono versare anticipatamente la quota di L. 20.

È concessa la riduzione ferroviaria del 50 % a tutti i partecipanti al Congresso.

Le sedute del Congresso saranno tenute nell'Archiginnasio, aula principale, provvista di macchine da proiezioni fisse e cinematografiche.

Il Comitato ordinatore del Congresso è così composto: presidente: S. E. on. prof. avv. Bruno Biagi; segretario generale: prof. Luigi Clerici; segretario (con sede a Bologna): prof. Gennaro Costantini.

Segreteria generale del Congresso: Ist. Naz. Fascista della Previdenza Sociale, via Marco Minghetti 17, Roma.

Segreteria a Bologna: Ist. Naz. Fascista della Previdenza Sociale, via Milazzo 4, Bologna.

Un po' dovunque.

Al 9° Congresso internazionale di dermatosifilologia, indetto a Budapest dal 13 al 22 settembre, partecipa una delegazione italiana con a capo il prof. Lodovico Tommasi di Palermo, rappresentante i ministri dell'interno e dell'E. N. e il Consiglio Naz. delle Ricerche, e di cui fanno parte i proff. Mariani di Bari, Pasini di Milano, Porcelli di Livorno, Truffi di Padova.

Il congresso dei medici jugoslavi, che era indetto per il 6 settembre a Belgrado, è stato differito al 29 settembre. Temi: La questione dell'aborto in rapporto all'eugenica e alla protezione della madre; Il cancro come malattia sociale e l'organizzazione sociale della lotta contro il cancro; La questione degli ospedali; I problemi dell'insegnamento medico; Temi liberi.

Il congresso dei tisiologi jugoslavi, che doveva aver luogo in settembre a Serajevo, è stato rimandato al maggio del prossimo anno.

Un corso di tecnica oftalmologica e di chirurgia oculare sarà svolto dal prof. Terrien, nell'Hôtel-Dieu di Parigi, a partire dal 18 ottobre e per la durata di 12 lezioni; tassa d'iscrizione 300 fr. Rivolgersi a: Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'École de Médecine 12, Paris VIe, Francia.

Un corso di ampliamento di studi, concernente la tecnica chirurgica gastrica, organizzato dalla Facoltà medica di Barcellona, si terrà nell'Ospedale della Santa Croce e di San Paolo, sotto la direzione del prof. M. Corachán, dal 10 al 20 dicembre; tassa d'iscrizione 50 pesete. Rivolgersi alla: Administración del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, Depositaría, Padre Claret 167, Barcelona, Spagna.

Il 12 maggio venne inaugurato a Bogotá un padiglione per le malattie tropicali, nell'Ospedale di San Juan de Dios (La Hortía), arredato modernamente, capace di 120 letti. Per disposizione del donatore, sig. Federico Arbeláez, è destinato esclusivamente agli addetti alle piantagioni di caffè.

È andata in vigore nella Danimarca una nuova legge sull'esercizio medico, la quale esige un anno d'internato in ospedali e in maternità prima di autorizzare al libero esercizio. Gli stranieri non possono essere autorizzati all'esercizio, salvo che non abbiano acquistato la cittadinanza danese e non risiedano da almeno dieci anni nella Danimarca. I medici non possono dirsi specialisti, se non approvati da una Giunta delle specializzazioni, che ne esamina i titoli.

A Roma la Sezione dell'Associazione Volontari Italiani del Sangue è stata decorosamente sistemata nei moderni locali del Policlinico Morgagni, in via Plinio 19, ed ha un Consiglio di Consulenza composto dai proff. Silvestro Baglioni, direttore dell'Istituto di Fisiologia e del Centro Emoterapico Romano, Roberto Alessandri, direttore della Clinica chirurgica e Cesare Frugoni, direttore della Clinica medica della R. Università di Roma.

Il compianto prof. C. Gabbo, che per molti anni fu consulente nella Sezione di Napoli dell'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gl'Infortuni del Lavoro, ha lasciato tutti i suoi libri di medicina a questo Ente.

Il capocenturia avanguardista Attilio Bruschi, soldato di fanteria della classe 1914, di Brindisi, trovandosi in licenza di convalescenza fino all'aprile 1936, per una infermità al naso, ha inoltrato domanda di venir sottoposto a operazione per riconquistare la piena idoneità fisica, allo scopo di prestare servizio nel suo reggimento, mobilitato per l'Africa Orientale. Le autorità militari hanno disposto il suo ricovero nell'ospedale militare di Bari, per l'atto operatorio.

Il martirologio medico conta un'altra vittima: il dott. Ruffillo Corazza, di 35 anni, medico condotto a Castelguelfo (Bologna), è stato ucciso con due coltellate da un cliente, il barrocciaio Giuseppe Baldi, di 61 anni, il quale gli rimproverava di averne curato male un figlioio, deceduto.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 12 agosto al 18 agosto: Morbillo 198 (671); Scarlattina 106 (223); Pertosse 109 (319); Varicella 60 (99); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 566 (1277); Infezioni paratifiche 109 (165); Febbre ondulante 36 (43); Dissenteria 30 (53); Difterite croup 201 (340); Meningite cerebro-spinale epidemica 5 (5); Poliomielite anteriore acuta 15 (17); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 13 (33); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 41 (65), dichiarata — (—); Pustola maligna 34 (42).

Denunzie dal 19 agosto al 25 agosto: Morbillo 185 (458); Scarlattina 121 (264); Pertosse 113 (309); Varicella 45 (77); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 586 (1332); Infezioni paratifiche 128 (186); Febbre ondulante 35 (82); Dissenteria 33 (52); Difterite e croup 222 (416); Meningite cerebro-spinale epidemica 4 (5); Poliomielite anteriore acuta 19 (22); Encefalite letargica — (—); Anchilostomiasi 7 (25); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 37 (57), dichiarata — (—); Pustola maligna 31 (42).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Ann. Inst. Pasteur, apr. — C. LEVADITI e al. L'ultravirus erpetico per via nasale e digerente.

Med. Klinik, 12 apr. — H. SCHÜLER. Sull'angina pectoris. — H. SCHEIDEL. Lambliasi delle vie biliari.

Paris Méd., 13 apr. — Gas di combattimento.

Brit. Med. Journ., 13 apr. — A. LEYLAND. Provocazione dell'aborto e del parto mediante l'estrina.

Surg., Gyn. a. Obst., apr. — E. C. MASON e C. A. NAU. Morte da autolisi epatica. — A. C. IVY e al. Tendenze emorragiche nell'ittero. — C. ROSS VEAL e E. M. MCPETRIDGE. Gangrena delle estremità.

Minerva Med., 14 apr. — A. VINAJ. Agopuntura cinese. — V. BASUNTI. Azione dell'acetilcolina sul ricambio dell'energia.

Arch. di Patol. e Cl. Med., apr. — G. DELL'ACQUA. Distrofie muscolari progressive. — A. SEGA. Sindromi neuro-leucemiche. — V. MIGLIORI. Pressione sang. nell'infanzia.

Riforma Med., 13 apr. — A. PELLEGRINI. Sieroprofilassi e sieroterapia antianaerobica.

Journal A. M. A., 30 mar. — Numero sugli ospedali.

Journ. de Méd. de Bordeaux ecc., 30 mar. — Numero sulla medicina nel Canadà.

Klin. Woch., 13 apr. — W. BRANDT. Valore biologico dell'acqua pesante. — E. BERGER e H. ERLENMEYER. Ricerche immunologiche sulla piridina e i derivati piridinici. — W. v. DRIGALSKI. La vitamina C nell'urina.

Deut. Med. Woch., 19 apr. — L. R. MÜLLER. Fatica e affaticamento. — LOEBELL. Disturbi dell'udito e del linguaggio.

Med. Klinik, 18 apr. — G. v. PANNEWITZ. Roentgendiagnosi dell'osteodistrofia fibrosa. — R. WANKE. Chirurgia dell'osteodistrofia fibrosa.

Rass. intern. di Clin. e Ter., 15 apr. — Numero sulla tbc. polm.

Lancet, 20 apr. — D. PATERSON. I così detti attacchi di acidosi. — A. S. PARKER e S. ZUCKERMAN. Ipertrofia sperimentale della prostata.

Nuove Monografie della Collezione "*Policlinico*":

(N. **48**) **Dott. ANTONINO BONACCORSI**
Assistente nella R. Clinica Chirurgica dell'Università di Roma.

SULLE CISTI DEL MESENTERE

Ne riportiamo l'Indice-Sommario:

PREFAZIONE. — PARTE PRIMA. Cap. I. RICORDI DI ANATOMIA. — Cap. II. RICORDI DI EMBRIOLOGIA. — Cap. III. CENNI STORICI. — Cap. IV. DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE. — Cap. V. GENERALITÀ. — PARTE SECONDA. Cap. VI. ETIO-PATOGENESI ED ANATOMIA PATOLOGICA: 1) *Cisti linfatiche.* — *a)* Cisti linfatiche semplici; *b)* Linfochilangiomi; *c)* Cisti ematiche; *d)* Cisti gassose; 2) *Cisti embrionarie*: *a)* Cisti enteroidi; *b)* Cisti Wolffiane; *c)* Cisti dermoidi e teratomi; 3) *Cisti parassitarie*; 4) *Pseudocisti.* — Cap. VII. SINTOMATOLOGIA. — Cap. VIII. DECORSO; COMPLICAZIONI E PROGNOSI. — Cap. IX. DIAGNOSI. — Cap. X. TERAPIA. — Bibliografia.

Volume di pagg. 180, con 7 figure nel testo. Prezzo L. **20.**
Per i nostri abbonati sole L. **16,75** in porto franco.

(N. **50**) **Dott. FRANCESCO GRAZIANI**
Primario chirurgo specialista
nell'Ospedale « *Principe di Piemonte* » - Zara

Sulla chirurgia dell'appendicite nel periodo intermedio

Contributo clinico, radiologico, istopatologico.

Ne riportiamo il Sommario:

PARTE I. - Introduzione. — CAP. I. **Anatomia normale dell'appendice.** Morfologia microscopica. Embriogenesi e modificazioni dei costituenti dell'appendice nelle varie epoche della vita. Vasi e nervi dell'appendice. Topografia dell'appendice. — CAP. II. **Etiopatogenesi dell'appendicite.** Teoria ematogena; id. linfogena; id. enterogena; id. della sindrome anafilattoide. — CAP. III. **Anatomia patologica.** — CAP. IV. **Sintomi e diagnosi.** — PARTE II. - CAP. V. **Contributo statistico-clinico personale.** — CAP. VI. **Alcuni dati di tecnica.** Interventi praticati in periodo intermedio, rilevati dai resoconti statistico-clinici dell'Ospedale. Osservazioni. — CAP. VII. **Contributo isto-patologico e radiologico personale.** — CAP. VIII. **Considerazioni generali.** — CAP. IX. **Conclusioni.** Bibliografia.

Volume di pagg. 72, con 14 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **12.**
Per i nostri abbonati sole L. **9,75** in porto franco.

Inviare rispettivo Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 23 Settembre 1935 - XIII Num. 38

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ « BENITO MUSSOLINI » in BARI.

Probabile gomma meningea in corrispondenza della parte media della circonvoluzione frontale ascendente di destra.

LEZIONE CLINICA

del prof. LUIGI FERRANNINI, direttore.

Sono molte e gravi le difficoltà diagnostiche di questo caso, che è stato già oggetto di studio anche altrove e sul quale molto probabilmente dirà l'ultima parola l'anatomo-patologo.

Si tratta di un giovane (Riz. Luigi), di 33 anni, da Volturara Appula (Foggia), campagnuolo bracciante, ammogliato con prole. Il padre è morto a 63 anni per carcinoma gastrico; la madre, ancora vivente e sana a 72 anni, ha avuto 12 gravidanze tutte condotte a termine, ma ha perduto 8 figli in tenera età per le comuni malattie dell'infanzia. Anche l'infermo nostro, che ha avuto 5 figli, ne ha perduti 2 per malattie comuni della infanzia. Egli ha prestato regolare servizio militare; s'è sottoposto per il suo mestiere a strapazzi di vario genere; è buon mangiatore bevitore e fumatore. D'importante precedentemente ha sofferto solo una grave bronco-polmonite durante il servizio militare, ma ne è guarito completamente senz'alcun postumo.

Nel 1922, essendo in America a lavorare, s'è contagiato di ulcera unica curata con terapia locale e poi con iniezioni endovenose di neosalvarsan.

Qualche anno dopo egli ha cominciato a lamentarsi di cefalea, dapprima modica, che è andata man mano intensificandosi, con esacerbazioni notturne, particolare localizzazione alla regione fronto-parietale destra, e resistente alle comuni cure. Dopo circa tre mesi per la prima volta egli è stato colto improvvisamente da vertigini, per cui è caduto a terra, e dopo qualche secondo ha potuto subito rialzarsi ricordando perfettamente quanto gli era accaduto. Dopo un altro mese, mentre lavorava, è stato colto prima da un senso di formicolio e poi da dolore al braccio sinistro, che dopo qualche giorno ha presentato anche contrazioni clonico-toniche; e dopo qualche giorno ancora gli stessi fatti si sono avuti all'arto inferiore dello stesso lato. Dopo qualche tempo ancora l'infermo è improvvisamente caduto a terra in preda a convulsioni tonico-cloniche dei due arti di sinistra, con stiramento della bocca verso lo stesso lato e senza fuoriuscita di bava dalla bocca; dopo un paio di minuti l'infermo ha potuto rialzarsi, ricordando perfettamente l'accaduto. Queste convulsioni, sempre con lo stesso carattere, si sono in seguito ripetute ad intervalli di tempo sempre più brevi, lasciando l'infermo per parecchie ore stordito ed incapace a riprender lavoro per notevole stanchezza. Frattanto alla cefalea, sempre persistente, si aggiungeva una progressiva diminuzione della vista. Nel giugno 1934, dopo uno degli attacchi

suddetti, l'infermo non s'è potuto rialzare per impossibilità di muovere gli arti di sinistra, mentre la bocca è rimasta stirata fortemente verso destra. Sollevato dai presenti, egli ha pronunziato delle frasi incomprensibili, ha avuto conati di vomito e dopo poco ha perduto la coscienza. Ad onta di ogni cura, d'allora egli è andato sempre peggiorando, senza riacquistare la coscienza e la motilità della metà sinistra del corpo, perdendo urine e feci, ma senza febbricitare. È stato allora trasportato all'Ospedale di Foggia, ove lo si voleva sottoporre ad un atto operativo: ed in tali condizioni è stato trasferito qui il 17 dicembre.

Egli è venuto in Clinica in istato di completa incoscienza, e così è rimasto per varii giorni, come dirò. Era allora anche leggermente febbricitante, e tale s'è mantenuto per 2-3 giorni; dopo dei quali una leggera febbre è riapparsa solo dal 6 al 11 gennaio.

Era, com'è ora, pallido, alquanto denutrito, senza alcun'alterazione degli organi della vita vegetativa esaminati anche radiologicamente. La pressione vasale, misurata con l'apparecchio di Pachon, era 100/55. L'esame delle urine non faceva rilevare alcun che di speciale. Quello del sangue metteva in evidenza solo una discreta neutropenia con monocitosi: 54 polinucleati neutrofili %, 16 linfociti grandi e 12 piccoli, 11 monociti, 7 forme di passaggio. su 7200 leucociti per mmc.

Tutta la fenomenologia era ed è a carico del sistema nervoso.

L'infermo, allora completamente inconsciente, era abitualmente in decubito supino passivo, col capo deviato a sinistra e senza alcuna espressione del volto. Le rughe frontali e la piega naso-labiale a sinistra sembrano tuttora spianate. L'occhio sinistro è un po' meno aperto del destro, ed ha la pupilla più dilatata; ma non è deviato. La commessura labiale è stirata verso destra, mentre la punta della lingua è deviata a sinistra. Nei movimenti appare evidente la deficienza della metà sinistra della faccia.

L'arto superiore sinistro è addotto con semiflessione di tutti i suoi segmenti fino alle dita; e l'arto inferiore dello stesso lato è in abduzione, rotato in fuori, con la coscia e la gamba in estensione ed il piede in posizione varo-equina. Nulla assolutamente l'infermo poteva fare con gli arti di sinistra, i quali ora hanno una certa motilità attiva e presentano una notevole resistenza ai movimenti passivi. V'è segno di Kernig. Neppure ora il paziente si regge in piedi o può camminare, nè si presta per un esame della coordinazione dei movimenti; ma egli ha perfettamente integra ora la sensibilità generale superficiale e profonda. All'esame oftalmoscopico s'è trovato bilateralmente papilla atrofica *in toto* con vasi arteriosi molto esili. Negativo, invece, è stato l'esame oto-rino-laringoscopico.

Tutti i riflessi, superficiali e profondi, sono esagerati da ambo i lati ma specialmente a sinistra. Da ambo i lati v'è clono della rotula e del piede, ma più a sinistra; ed egualmente da ambo i lati si notano i segni di Babinski, Schäffer, Oppenheim, Gordon. Sono esagerati pure i riflessi faringeo e corneale; è torpida la reazione pupillare alla luce specialmente a sinistra.

Si nota una lieve ipotrofia semplice ai muscoli degli arti di sinistra.

La puntura lombare tra IV e V vertebra ha dato esito, sotto pressione notevolmente aumentata, a liquido limpido come acqua di roccia, contenente solo 0,15 ‰ di albumina con reazioni di Nonne-Apelt e di Pandy negative, numerosi eritrociti ben conservati e rari linfociti nel sedimento, reazione di Wassermann leggermente positiva come nel siero di sangue, ove anzi è risultata poi negativa dopo riattivazione.

L'esame radiologico del cranio non ha dimostrato alterazioni apprezzabili a carico della volta, salvo un evidente assottigliamento della teca in corrispondenza della regione parietale destra, nelle cui vicinanze si notano alcune ombre di densità calcarea; ed ha messo in evidenza lievi segni di aumentata pressione endocranica rappresentati da modica deiscenza delle suture occipito-parietali e dalla presenza di lievi impronte digitate. La sella turcica risulta sede di gravi lesioni distruttive: vi si riconoscono, ed in maniera imprecisa, solo le apofisi clinoidee anteriori; mentre il fondo della sella è solo parzialmente riconoscibile, e non sono più affatto individuabili il dorso della sella e le apofisi clinoidee posteriori. Si rilevano, inoltre, piccole calcificazioni in séde della glandola pineale.

Attraverso tutti questi fatti si delinea abbastanza chiara ed evidente la classica sindrome dell'ipertensione endocranica, della quale abitualmente fanno parte la cefalea, le vertigini, disordini della sensibilità e della motilità, disturbi visivi, il vomito, il torpore intellettuale, i risultati enunciati della radiografia del cranio e della puntura lombare. Non si trovano quasi mai al completo tutti questi sintomi: nessuno di essi è assolutamente costante, nè hanno tutti lo stesso valore.

La cefalea, che dell'ipertensione endocranica è l'espressione più frequente — si ha in 85 % dei casi — e per lo più anche la manifestazione prima, è quella che ha aperto la scena nel nostro infermo, e rimonta ormai a 12 anni fa: cefalea dapprima lieve e poi progressivamente più grave, continua, persistente, resistente alle comuni cure, e mano mano associatasi con altri disturbi come abitualmente capita per l'ipertensione endocranica.

Prima associazione di questa cefalea, che potremmo dir quasi caratteristica, sono state le vertigini, insorte improvvisamente per la prima volta dopo circa tre mesi e poi ripetutesi sempre più spesso.

Dopo qualche altro mese ancora si sono aggiunti disordini della sensibilità e della motilità. L'infermo ha avuto disturbi subiettivi della sensibilità, ossia sensazioni spontanee indipendenti da ogni stimolo esterno, disestesìe sotto forma di formicolìo e di dolore; e poi, dopo poco, contrazioni tonico-cloniche e quindi vere convulsioni epilettiformi, le quali si sono in seguito ripetute ad intervalli sempre più brevi e con maggiore intensità, come avviene nel 30-50 % dei casi d'ipertensione endocranica. Ed infine, si sono stabiliti dei fatti paralitici gravi, che ho già descritti e dimostrati, mentre s'era già avuta una progressiva diminuzione della vista come capita in 80-90 per cento dei casi, e si avevano ancora per lo meno conati di vomito, il quale è presente in oltre 2/3 dei casi, ed anche disturbi gravi della

coscienza, per quanto non confondibili con quel torpore intellettuale con stato confusionale ed amnesia per intelletto velato ma non devastato che si riscontra in 60-85 % dei casi d'ipertensione endocranica.

L'esame radiologico del cranio ha fatto rilevare chiari segni d'ipertensione attraverso la deiscenza delle suture, le impronte digitate e l'assottigliamento della teca cranica in qualche punto.

E la puntura lombare con l'alta pressione del liquido, la quale manca solo quando è intercettata la comunicazione tra ventricoli cerebrali e spazii sotto-aracnoidei midollari, ha confermato anch'essa l'ipertensione endocranica tanto più che non era associata con alcun'altra alterazione chimica o citologica del liquido cerebro-spinale.

Si può dire che manchi solo la rarefazione del polso, il quale anzi nel nostro infermo ha di solito una frequenza esagerata fin'oltre i 100 battiti per minuto, in rapporto certo anche col difetto del vomito, come dirò. Ma non manca, invece l'abbassamento della pressione vasale sulla quale giustamente insiste S. D'Antona: a 33 anni il nostro infermo segna infatti 100/55 all'oscillometro di Pachon.

Abbiamo, dunque, una sindrome d'ipertensione endocranica delle più complete in quasi tutti i suoi elementi, e pertanto sicura nel suo significato semejologico, inequivocabile; perchè se i singoli segni, isolatamente presi, possono anch'essere dei fatti banali privi di precisa importanza diagnostica, la loro associazione, soprattutto quand'è così ricca e completa come nel caso nostro, è sicura espressione di ipertensione endocranica.

Questa si costituisce per effetto di una condizione meccanica, derivante dal fatto che il cranio, in pareti rigide, racchiude una cavità inestensibile; in cui, quindi, tutto ciò che fa aumentare il contenuto fa elevare la pressione e sacrifica gli elementi istologici ed i liquidi dell'encefalo. E, per ragione di più facile o più difficile adattamento, gli effetti della compressione dipendono più dalla rapidità di progresso anzichè dall'entità e dalla sede dell'aumento di contenuto endocranico. Essi si rendono evidenti o si esagerano anche per sforzi lievissimi, come quelli di un cambiamento di posizione.

Comunque l'ipertensione può esser dovuta a cause extraencefaliche — tumori sviluppati tra encefalo e scatola cranica, ipertensione arteriosa, ostacoli lontani del circolo refluo cerebrale come per tumori mediastinici ecc., policitemia rubrauremia, — ed encefaliche — tumori in senso fisico comprendenti cioè le gomme i tubercoli le cisti gli ascessi, le meningiti croniche e soprattutto sierose per cui Nonne chiama pseudotumore la meningite sierosa ventricolare di Quincke, la pachimeningite emorragica interna, l'encefalite di Schilder. Tra le une e le altre di queste cause la presenza o meno di segni di focolaio fa fare la diagnosi, in quanto che assai difficilmente in una ipertensione endocranica da causa extraencefalica, oltre i segni di patimento generale diffuso, si ha o si manifesta con chiari segni una sindrome di focolajo; la quale, per il caratteristico aggruppamento dei suoi sintomi riferibili a lesione di una regione circoscritta di cui è eccitata od inibita la funzione, indica che una zona particolare dell'encefalo è singolarmente o prevalentemente interessata.

L'importanza speciale di questa sindrome di focolajo, però, è sempre subordinata alla presenza dell'ipertensione endocranica; in quanto che, se questa non coesiste, quella può esser dovuta pure a paralisi generale a sifilide cerebrale a sclerosi disseminata, che non si accompagnano con ipertensione endocranica.

Nel nostro infermo è evidente una particolare sindrome di focolaio, che traspare bene già attraverso quella generale d'ipertensione endocranica.

Anzitutto l'assenza della rarefazione del polso e la quasi assenza del vomito mettono fuori discussione la fossa cranica posteriore; giacchè il polso raro ed il vomito — il caratteristico vomito per rigurgito, senza sforzo e senza segni di dispepsia ma talvolta con nausea, improvviso accessionale estenuante, insorgente all'acme della cefalea o per il passaggio dal decubito orizzontale alla stazione eretta, presente nel 60-65 % dei casi di tumore della fossa cranica posteriore — rappresentano, per ripercussione dell'ipertensione endocranica sul bulbo spinale, lo stato di patimento accessionale del vago, il quale nel suo tronco, assai più che nei suoi filetti sensitivi, è straordinariamente sensibile ad ogni trauma, donde anche disturbi respiratorii e circolatorii da eccitazione o da inibizione pure assenti nel nostro caso.

Egualmente vale a fare escludere una localizzazione nei lobi frontali l'assenza del caratteristico torpore intellettuale fatto, come ho già detto, da uno stato di confusione mentale di amnesìa con intelletto velato ma non devastato. Nel nostro infermo, invece, s'è avuto solo perdita di coscienza intervenuta di botto dopo uno dei soliti accessi epilettiformi nello scorso giugno, e durata fino a qualche mese fa, quando è gradatamente scomparsa come or ora dirò.

Similmente si può escludere una localizzazione alla base dell'encefalo, ove i tumori determinano disturbi della sensibilità obiettiva e nel campo dei tronchi dei nervi cranici; e quando si svolgono nella parte anteriore, imbrigliati nella dura che ne ostacola l'espansione e lo sviluppo, non determinano una compressione diffusa considerevole.

Ma, di fronte a questi tre gruppi di fatti negativi per le rispettive localizzazioni, ve ne è uno positivo, non meno importante e signi-

ficativo, per una localizzazione nella zona psico-motrice di destra.

I disturbi della motilità in genere son sempre più frequenti quando la lesione ha sede nella zona psico-motrice; e nel nostro infermo, da che segni di focolaio si sono notati, essi hanno sempre indicato la zona psico-motrice di destra.

Già la cefalea fin da principio ha avuto particolare localizzazione alla regione fronto-parietale destra, là dove oggi la percussione riesce più molesta e l'esame radiologico mette in evidenza un ben apprezzabile assottigliamento della parete cranica. Ed ancora, dopo quattro mesi dal primo inizio della cefalea e quando oltre di essa vi era stato solo un accesso di vertigine, il paziente ha avuto prima formicolio e poi dolore al braccio sinistro, che dopo qualche giorno ha presentato anche contrazioni clonico-toniche, e dopo qualche giorno ha avuto gli stessi disturbi anche all'arto inferiore dello stesso lato; più tardi son cominciati, alla metà sinistra del corpo, veri accessi convulsivi, che sono andati sempre più intensificandosi ed accavallandosi fino ad arrivare all'emiplegia sinistra costituitasi nello scorso giugno e tuttora persistente.

Non v'è però rapporto sicuro tra sede e sintomatologia delle lesioni, che determinano una ipertensione endocranica; giacchè questa per se stessa, ed anche più l'edema cerebrale, può dar luogo a sintomi di pseudo-localizzazione per azione a distanza del processo morboso — ad esempio, di un neoplasma. Hanno per ciò tanto maggior valore questi segni per quanto più sono precoci, e soprattutto quando addirittura precedono i segni generici dell'ipertensione. Nel nostro infermo essi non hanno preceduto nè la cefalea nè le vertigini, ma son cominciati a manifestarsi assai presto, quattro mesi dopo le prime avvisaglie del male che ormai dura da 12 anni, e sono stati sempre indiscutibilmente tutti concordi; per modo che il dubbio non è ammissibile o può esser solo d'ordine formale.

Vero è che l'esame radiologico, oltre all'assottigliamento osseo in corrispondenza della regione parietale destra, ha messo pure in evidenza gravi lesioni ossee della sella turcica; ma queste non trovano un corrispettivo in alcuna sintomatologia clinica, tanto che — tra l'altro — anche la curva glicemica, ordinaria e dopo iniezioni di un milligrammo di adrenalina, ha presentato un andamento del tutto normale. C'è da ritenere, quindi, legittimamente che piuttosto queste alterazioni ossee sellari siano un sintoma di pseudo-localizzazione, in dipendenza della ipertensione crescente, o di un'azione a distanza del processo morboso principale localizzato altrove; ma la sindrome della zona psico-motrice conserva tutt'il suo valore di vera sindrome di focolaio.

La zona psico-motrice — o meglio la circonvoluzione prerolandica o frontale ascendente — di destra dev'essere per intero interessata, fino alla sua porzione corrispondente sulla superficie interna del cervello o lobulo paracentrale; giacchè la paralisi interessa tutto il lato sinistro del corpo. Ma evidentemente la lesione deve aver colpito prima la parte media di quella circonvoluzione, se ha dato prima manifestazioni morbose a carico dell'arto superiore sinistro, e poi la porzione superiore e quella inferiore quando sono stati interessati anche l'arto inferiore e la faccia dello stesso lato; e certamente la porzione inferiore meno delle altre se, rispetto agli arti, la faccia è meno colpita. Evidentemente l'esagerazione bilaterale dei riflessi è da intendersi come fenomeno generale di carattere irritativo; se pure il clono della rotula e del piede ed i segni di Babinski, Schaerer, Oppenheim, Gordon a destra non si voglian mettere in conto di una diffusione di processo dal lobulo paracentrale di destra a quello vicinissimo di sinistra.

Ed è proprio la sostanza cerebrale colpita o la parte corrispondente dei suoi involucri meningei? Qui ora il procedimento diagnostico si fa meno sicuro e la discriminazione si fa più difficile. C'è appena da notare che la lunga precedenza e prevalenza dei fenomeni irritativi, cui solo assai tardi son seguiti quelli paralitici, ed anche l'integrità delle funzioni psichiche, conservatesi perfettamente per lunghi anni fino al momento dell'attacco apoplettiforme del giugno e ristabilitesi ora interamente come dirò, indicano una sede meningea come assai più probabile di quella corticale.

Ma una meningite non ha alcuna probabilità di essere. E siamo così, senz'altro, alla diagnosi di natura di questa lesione encefalica ipertensiva. A me pare che di una meningite qui manchi tutto, dalla febbre alle alterazioni chimiche e microscopiche del liquido cerebro-spinale, senza dire dell'inizio abitualmente tumultuario, delle oscillazioni di decorso, della prevalenza dei sintomi generali nella meningite, ed anche degli ottimi effetti della puntura lombare specialmente nelle forme cerebellari e ponto-cerebellari della localizzazione basilare. Inoltre, se nelle meningiti sierose generalizzate, che talvolta determinano enorme dilatazione ventricolare, si ha sempre ipertensione endocranica; e nella meningite sierosa ipertensiva, complicanza endocranica di processi auricolari, i fatti predominanti son quelli dell'ipertensione: nella meningite la sindrome d'ipertensione endocranica è tardiva ed incompleta e spesso anche incostante per la parte obiettiva, al contrario di quel ch'è stato nel caso nostro, ed anche i segni di localizzazione son meno caratteristici.

D'altronde l'encefalite a focolai disseminati può determinare parecchi sintomi d'ipertensione endocranica — torpore intellettuale, vertigini, vomito, molteplici e gravi deficienze funzionali —, ma non cefalea o solo modica e

mai aumento di pressione del liquido cerebrospinale, contrariamente a quel che è nel caso nostro.

Generalmente sono in causa tumori nel senso fisico — non solo anatomico — della parola; e la constatazione di una sindrome di focolaio ad evoluzione nettamente progressiva, come nel caso nostro, depone generalmente per un tumore vero proprio in senso anatomico o neoplastico, anche se manca la sindrome d'ipertensione.

I tumori pur troppo, come tutte le malattie non sistematiche dei centri nervosi, non hanno un quadro clinico tipico, una sindrome assolutamente caratteristica specialmente dal punto di vista funzionale. Talvolta per essi predominano di gran lunga i fatti generali di compressione sui sintomi di focolaio, come avviene specialmente per i gliomi; contrariamente a quanto invece succede per gli ascessi che, soprattutto sviluppandosi nel tragitto di un'antica ferita e rimanendo incistati nella loro capsula fibrosa, possono non provocare reazione a distanza. Ed anche i tumori meningei, di solito, non producono ipertensione, neppure se molto voluminosi.

Per quel che possono valere, abbiam fatto nel nostro caso le reazioni di Casoni e di Citelli, riuscite rispettivamente la prima negativa e l'altra positiva. L'iniezione di estratto di carcinoma ha fatto ridurre in 20' da 18.120 a 16.250 il numero dei leucociti, con una diminuzione di 1870, che indica un risultato fortemente positivo; ma, per quanto noi diamo di solito un discreto valore a questa prova emoclasica di Citelli specialmente quando concorda con altri fatti, non possiamo certo sospettare un carcinoma nella malattia del nostro infermo, la quale, tra l'altro, data da 12 anni.

Io sospetto nel nostro infermo qualche cosa di specifico, e naturalmente di sifilitico.

Di tubercolosi non è a parlare. Non v'è alcun dato di fatto che possa legittimamente farcelo sospettare: e, d'altronde, le forme tubercolari dànno ipertensione endocranica nel periodo infiammatorio e non costantemente ma a crisi successiva; e, quando si tratta di tubercolo incistato e di massa caseosa isolata da uno strato fibroso, l'ipertensione endocranica può anche mancare.

Molte ragioni, invece, sono per la sifilide, ed anche per una determinata forma di lesione sifilitica.

Anzitutto l'infermo s'è sicuramente contagiato di sifilide e se n'è mal curato, ad onta del risultato dubbio della reazione di Wassermann. Ma soprattutto per me ha gran peso quel che si è svolto nel breve periodo di degenza dell'infermo in Clinica, ossia il cospicuo miglioramento cui ho ripetutamente accennato.

L'ammalato è entrato qui il 17 dicembre in quello stato grave e con perfetta incoscienza che ho descritto, e che durava ininterrottamente dal giugno precedente. Una puntura lombare, praticata l'indomani, non l'ha fatto per nulla migliorare, anzi è stata seguìta da un aggravamento delle condizioni dell'infermo con aumento della frequenza del polso e respiro stertoroso. Il 24 dicembre si son cominciate a fare iniezioni endomuscolari quotidiane di un centigrammo di bijoduro di mercurio, ed il 28 s'è cominciato a notare un lieve miglioramento nelle condizioni generali specialmente per il respiro, e s'è notato che l'infermo ingojava i liquidi con minore difficoltà dei giorni precedenti. Il 29 il miglioramento è apparso più deciso, il clono della rotula e del piede è scomparso: e, chiamando ad alta voce l'infermo, s'è riusciti a fargli voltare la testa dalla parte di chi lo chiamava. Il 30 s'è iniziata, e poi s'è regolarmente continuata, una cura endovenosa con neosalvarsan. L'indomani la contrattura e l'esagerazione dei riflessi agli arti paralizzati sono apparse attenuate, e l'infermo ha cominciato a pronunziare delle parole incomprensibili. Il 4 gennaio la miglioria era notevole, l'infermo cominciava a muovere la gamba sinistra ed a pronunziare qualche frase chiedendo notizie della famiglia. E poi successivamente egli ha cominciato a muovere anche l'arto superiore sinistro (si tenga conto, a conferma di quanto ho detto per il punto di partenza della lesione, che l'infermo ha cominciato a muovere prima l'arto inferiore che era stato leso per ultimo), e non ha più perduto urine e feci. Il 10 gennaio ha potuto raccontare tutta la sua storia rettificando e completando quanto avevano già riferito i suoi familiari, specialmente per quel che riguarda la sifilide contratta ed una cura d'iniezioni neosalvarsaniche praticata in principio: egli, naturalmente, ignora tutto quel che è avvenuto dal momento in cui a giugno ha perduto la coscienza fino a quando l'ha poi riacquistata qui. Ed il miglioramento è continuato ancora. Dal 25 gennaio al neosalvarsan è stato sostituito un preparato misto di bismuto ed arsenico. L'otto febbraio l'infermo ha avuto un attacco di epilessia jacksoniana, come quelli già descritti, ed un inizio di edema polmonare tosto corretto col salasso. Egli accusa sempre cefalea, meno intensa di prima ma sempre più forte alla regione temporo-parietale di destra; ha un'intelligenza del tutto integra, per cui intende e risponde con ogni precisione e sollecitudine; muove discretamente gli arti di sinistra per quanto non possa ancora reggersi in piedi; è notevolmente e rapidamente migliorato in poche settimane, dopo lunghi anni di progressivo aggravamento e sei mesi di stato stazionario grave, e per solo effetto di una cura antiluetica.

Ritengo, per ciò, che si possa sicuramente ammettere la natura sifilitica della sua attuale malattia.

Io ho già esclusa una meningite: ed una meningite sifilitica, per quanto nella forma

subacuta possa produrre ipertensione endocranica ed edema papillare, non può prescindere dalle reazioni umorali e citologiche del liquido cerebro-spinale. Io penso piuttosto alla gomma, che aderisce perfettamente a quanto ho detto innanzi circa i tumori in senso fisico, tanto più che essa si accompagna sempre con ipertensione endocranica; mentre i veri tumori meningei di solito non determinano ipertensione neppure se molto voluminosi, come ho già ricordato, e quando la determinano essa non è mai cospicua.

Io ritengo, per ciò, che si tratti di una gomma meningea, in corrispondenza soprattutto della parte media della circonvoluzione frontale ascendente di destra.

Il notevole miglioramento ottenuto con la cura specifica c'incoraggia molto e ci spinge ad insistere con la cura antiluetica, coadiuvandolo anche con qualche opportuno mezzo di terapia fisica.

Ma, ad onta di così brillante successo, non c'è da crearsi illusioni per una completa *restitutio ad integrum* dopo così lunga malattia e tanta sofferenza dei centri motori corticali.

Io ritengo che poc'altro qui ci sia da guadagnare, anche protraendo e ripetendo le cure mercuriali arsenicali e bismutiche e pure associandole con una cura jodica intensa. E mi prospetto già l'eventualità di dover considerare anche la possibilità e la convenienza di un intervento chirurgico, quando il miglioramento si sarà arrestato, e persisteranno ancora un certo grado d'impotenza motrice e la cefalea ed i più o meno frequenti accessi convulsivi. Anche una craniectomia semplicemente decompressiva potrebbe allora giovare per portar sollievo al paziente.

Pubblicazione SEMI-GRATUITA:

Dott. FURIO TRAVAGLI
già a. v. del reparto Dermosifilopatico
degli Ospedali Civili di Genova

La bismutoterapia della Sifilide

Ne riportiamo qui di seguito il Sommario:

Prefazione. — Cap. I. IL BISMUTO E LA SUA STORIA. — Cap. II. LE PROPRIETÀ TOSSICHE DEL BISMUTO. — Cap. III. LA PROPRIETÀ SPECIFICA DEL BISMUTO NELLA SIFILOTERAPIA. — Cap. IV. BISMUTO E REAZIONE WASSERMANN. — Cap. V. LA BISMUTOTERAPIA E I SUOI INCONVENIENTI. — Cap. VI. BISMUTO E ARSENICALI. BISMUTORESISTENZA. — Cap. VII. I PREPARATI BISMUTICI. — Cap. VIII. VALORE COMPARATIVO DEI VARII PREPARATI BISMUTICI. — Cap. IX. METODI DI SOMMINISTRAZIONE. — Cap. X. LA POSIZIONE ATTUALE DEL BISMUTO NELLA SIFILOTERAPIA. — APPENDICE. — BIBLIOGRAFIA.

Volume di pagg. IV-72. Prezzo L. **12**, più le spese postali di spedizione.

Esclusivamente agli abbonati al «Policlinico» che ne faranno diretta richiesta alla nostra Amministrazione, il volume è ceduto per sole L. **6** franco di porto in Italia. Per l'Estero L. **8.**

Inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

RIVISTE GENERALI

OSPEDALE MILITARE DI ROMA
Direttore: Ten. Col. GIULIO MASSERANO.

Terapia delle lesioni da aggressivi chimici

Dott. GIORGIO GIORGI, maggiore medico.

(*Continuazione e fine; vedi num. prec.*).

II. AGGRESSIVI A PREVALENTE AZIONE VESCICATORIA.

Gli aggressivi a prevalente azione vescicatoria comprendono quei composti chimici che producono sulla cute *eritemi*, *vesciche* e *necrosi* più o meno estesa e sulle mucose *alterazioni* necrotiche con produzione di pseudomembrane.

Hanno azione vescicatoria sopratutto l'*iprite*, o gas mostrarda, che è un *solfuro di etile biclorurato*, la *lewisite* o rugiada della morte, che è un miscuglio di tre *clorovinilarsine* e l'*etildicloroarsina*. Quantunque queste sostanze appartengano a gruppi chimici molto diversi, tuttavia vengono trattate insieme in relazione alla loro grande analogia lesionale.

L'applicazione delle norme di difesa individuale e collettiva dovrebbe teoricamente impedire l'azione di questi aggressivi, però, come abbiamo visto, la protezione individuale della superficie cutanea per mezzo degli indumenti antivescicatori, in pratica, offre delle serie difficoltà.

Per supplice a questa deficienza si è tentata una *profilassi medicamentosa*. I risultati di questi tentativi sperimentali, che riguardano specialmente l'iprite, verranno esposti nel trattare la terapia di questo aggressivo.

Il trattamento terapeutico di queste sostanze vescicatorie presenta aspetti diversi di fronte a quello delle altre, perchè le lesioni prodotte da esse, specialmente dall'iprite, hanno la caratteristica di presentare un periodo di latenza più o meno lungo.

La terapia deve avere un duplice scopo. In primo luogo deve agire subito dopo avvenuta la contaminazione, per neutralizzare quella parte dell'aggressivo che abbia contaminato il rivestimento cutaneo-mucoso dell'organismo e non sia penetrato ancora in esso, e nello stesso tempo attenuare il più possibile gli effetti dell'aggressivo già penetrato nei tessuti.

Per raggiungere queste finalità bisogna applicare *una terapia precoce o preventiva*, la quale mira a sopprimere l'azione della sostanza aggressiva sbarazzando l'organismo da essa, a prevenire ed arrestare l'evoluzione delle lesioni in via di sviluppo.

Nello svolgimento di questi còmpiti la terapia precoce o preventiva comprende la bonifica.

Il secondo còmpito della terapia consiste nel curare le lesioni che si sono già manifestate, applicando la *terapia delle lesioni manifeste.*

A) *Iprite.*

Per impedire le lesioni cutanee da iprite si è cercato di applicare anche una profilassi medicamentosa, spalmando la cuta con sostanze diverse, che impedissero o ritardassero la penetrazione di questo aggressivo.

A tale scopo sono state sperimentate pomate protettive colle quali si ungono le parti scoperte, maggiormente esposte all'azione dell'iprite.

Però, nella pratica, nessuna si è dimostrata molto efficace.

Gli olii non impediscono la penetrazione dell'iprite, ma la ritardano perchè la trattengono in superficie; sono quindi efficaci nel prolungare il tempo utile per la rimozione dell'iprite dalla superficie cutanea.

Questa efficacia aumenta con lo spessore dello strato oleoso ed anche con la maggiore o minore consistenza della sostanza grassa.

Talora l'efficacia è aumentata dall'aggiunta di polveri, probabilmente per pura azione meccanica.

È stata studiata l'azione comparativa dei vari olii minerali e vegetali, e si è visto che tutti gli olii e i grassi in genere, usati a scopo profilattico, limitano l'azione dell'iprite con proprietà variabile da sostanza a sostanza, indicata dalla seguente classificazione in ordine di valore decrescente: olio di lino crudo o cotto; olio di fegato di merluzzo; paraffina solida; vasellina; olio di oliva; olio di ricino; lanolina; olio di vaselina.

Però, come mezzo profilattico, le unzioni della pelle si sono dimostrate efficaci solo in presenza di debole concentrazione di vapori d'iprite; di scarso effetto nei riguardi di piccole dosi d'iprite liquida venuta a contatto con la superficie cutanea.

In presenza di forte quantità d'iprite liquida è riuscita inefficace qualsiasi protezione con olii.

Con questi sono state anche confezionate varie pomate e vernici protettive, le quali sono riuscite debolmente efficaci solo in presenza d'iprite allo stato di vapore, mentre non hanno avuto nessun effetto sull'iprite liquida.

Non bisogna mai usare pomate che contengano acqua, perchè l'iprite agisce in modo spiccato sulla pelle umida; per cui le pomate a base di glicerina e acqua, non hanno alcuna azione protettiva.

Sono state provate anche le polveri assorbenti. Queste si sono dimostrate utili per lo stesso principio che consigliò l'uso del carbone assorbente nei comuni filtri delle maschere. Si è visto che applicando sulla pelle uno strato di 1 mm. di polvere di carbone, viene ostacolata l'azione dei vapori d'iprite.

I saponi molli esplicano presso a poco la stessa azione protettiva dell'olio di lino.

Il cloruro di calce in pomata al 10 % (pomata di Desgrez) e la clorammina, vennero riconosciuti efficaci. Però l'applicazione di tali sostanze a scopo profilattico è poco consigliabile, perchè sono di per se stesse un po' irritanti della pelle.

La clorammina T in pomata al 10 % in clorcosan, che è una paraffina speciale trattata con il cloro, si è dimostrata efficace a scopo profilattico contro l'azione dei vapori d'iprite; di minore effetto contro l'iprite liquida.

1° *Terapia precoce o preventiva.* — Nel procedere alla cura precoce o preventiva, che si identifica con la bonifica, è necessario che essa venga istituita rapidamente nel periodo di latenza, cioè subito dopo la contaminazione, se si vuole attenuare l'azione del tossico.

Quando l'iprite ha agito sotto forma di vapore, il colpito, che avverte già dopo una o due ore bruciore alla gola, pizzicore agli occhi, sarà sottoposto a un lavaggio di essi con soluzione di permanganato di potassio (1:4000) o bicarbonato di sodio (2,25-3 %).

Contro il bruciore al naso e alla gola, potranno essere fatti lavaggi con colluttori di bicarbonato di sodio o di permanganato di potassio.

Quando l'iprite ha agito per contatto in forma liquida, si impone un rapido trattamento.

Si debbono cambiare subito gli abiti, ma se questo non è possibile, si dovrà slacciarli nei punti di costrizione, quindi rimuovere prontamente l'iprite che si trova sulla cute.

Questa preliminare operazione di rimozione della parte liquida a contatto della pelle, dovrà essere compiuta immediatamente dallo stesso colpito o dai portaferiti.

La parte contaminata dal tossico verrà subito asciugata, senza strofinare, con qualsiasi mezzo a disposizione. Servirà a tal fine la carta assorbente o la polpa di cellulosa contenuta nel pacchetto antivescicatorio, un batuffolo di cotone, una benda, un fazzoletto asciutto, un pezzo di stoffa qualunque.

Bisogna evitare in modo assoluto il lavaggio delle parti colpite con panni bagnati d'acqua, per non correre il pericolo di cospargere l'aggressivo e favorirne la penetrazione, a meno che non si disponga di abbondante acqua di lavaggio.

Benchè non si conosca con precisione la rapidità di penetrazione dell'iprite nella cute dell'uomo, è da tener presente che l'iprite penetra nella pelle molto rapidamente (secondo Lustig meno di 15 minuti, secondo Flury in 8 minuti).

Per l'ulteriore trattamento della parte contaminata, si seguiranno le norme riguardanti la *bonifica parziale e totale antipritica.*

Oltre a queste, bisogna tener conto anche di

quei metodi, che hanno corrisposto, impiegatí dagli autori stranieri.

Di grande utilità si è dimostrato l'uso precoce dei solventi e successiva applicazione di sostanze neutralizzanti (ossidanti e cloruranti).

Dagli americani sono stati consigliati come solventi la *kerosina* (o petrolio raffinato), l'*acetone*, l'*alcool puro*, il *petrolatum*, l'*olio d'oliva* e gli *olii lubrificanti*.

Ma i migliori solventi ed anche più a buon mercato, sono la kerosina e la *benzina*, alla quale però è preferibile la prima, perchè meno volatile.

Si sono ottenuti sperimentalmente ottimi risultati strofinando con la kerosina per 30 minuti ed asportando frequentemente il solvente contaminato mediante un panno pulito. Con questo metodo è stato possibile attenuare molto l'azione vescicatoria dell'iprite liquida sulla pelle.

Lo stesso trattamento riesce efficacissimo nel caso che l'iprite abbia agito sulla pelle sotto forma di vapore, anzichè in forma liquida.

Si è trovato anche molto utile l'uso di una soluzione satura di cloro in tetracloruro di carbonio, come abbiamo già detto. In questo liquido sono accoppiate l'azione del solvente (tetracloruro di carbonio), e quella neutralizzante del cloro (clorurante ed ossidente indiretto). Con tale soluzione si stropiccia ripetutamente la cute, previa asportazione dell'iprite liquida.

Questo trattamento, per avere qualche utile effetto, deve essere praticato 10-15-20 minuti dopo l'avvenuto contatto con l'iprite, sia allo stato di vapore che liquida.

Il Muntsch, sotto la guida di Flury, fece numerose prove impiegando sostanze diverse, su animali da esperimento per vedere se era possibile, con un rapidissimo intervento, impedire del tutto la tardiva flogosi. Riassumeremo succintamente i risultati delle sue esperienze.

La pomata al *rosso scarlatto* al 5-8 % in vaselina, che è considerato un mezzo atto a provocare l'epitelizzazione e il tessuto di granulazione, non ha alcuna azione preventiva, ma influisce favorevolmente sul decorso delle lesioni suppuranti.

La kerosina, se applicata localmente per 10 minuti, non più tardi di due ore dalla contaminazione, può esercitare una certa efficacia sul decorso del processo flogistico.

La *soluzione di Dakin*, che nell'uomo mostra una certa efficacia, negli animali non corrisponde.

L'*acqua ossigenata*, il *solfato di rame*, la *vucina* (iso-ottil-idrocupreina), l'*argocarbon*, il *bactol* (soluzione saponata di cloro-timolo); il *chinosol* (bisolfato potassico della orto-ossichinolina), l'unguento al *protargolo*, i preparati a base di *olio* di *terpentina*, non giovano in alcun modo.

Il *Rivanol* (lattato della 4-etossi-6-9 diaminoa-cridina), se viene usato (nel coniglio) anche dopo un'ora dall'applicazione del tossico, si dimostra efficace nell'attenuare le manifestazioni morbose.

Muntsch provò anche alcuna altre pomate con esito negativo, mentre osservò che nel coniglio l'applicazione pronta dello spirito saponato alcalino, attenua assai le manifestazioni flogistiche.

Sull'uomo il Muntsch ha sperimentato solo su se stesso; egli non ha potuto evitare le conseguenze della contaminazione, ma nel trattamento delle proprie lesioni ebbe confortanti risultati dai lavaggi con una soluzione di *chinosol* all'1 %.

2° *Terapia delle lesioni manifeste.* — Quando le lesioni prodotte dell'iprite si sono sviluppate, bisogna ricorrere a quella terapia appropriata a ciascuno organo o apparato colpito.

a) *Terapia delle lesioni oculari.*

Nei casi leggeri si fanno frequenti lavaggi impiegando degli irrigatori e bicchierini lavaocchi con la soluzione seguente: *calce spenta gr.* 12; *zucchero gr.* 25; *acqua gr.* 1000, oppure con soluzione di dicloramina T al 0,5 %; o con soluzioni di bicarbonato di sodio al 2,25-3 %, o di permanganato di potassio all'1:4000 in soluzione fisiologica, o con soluzione fisiologica.

Molto utili si sono dimostrate le *soluzioni ipertoniche*, specialmente la soluzione acquosa satura di *solfato di sodio*, la quale, agendo secondo il meccanismo dell'osmosi, si è dimostrata efficacissima nelle irritazioni ribelli a qualsiasi trattamento.

Dopo i lavaggi si faranno instillazioni di collirio astringente o di olio di oliva. Tre volte al giorno si istilla tra le palpebre qualche goccia di olio di paraffina.

Nei casi gravi, quando esiste spiccato blefarospasmo accompagnato da dolore, fotofobia si applicano istillazioni di una soluzione di atropina al 0,50 % due volte al giorno. Se anche la cornea è intaccata, si faranno egualmente frequenti lavaggi ed istillazioni del collirio di atropina, in modo da mantenere le pupille dilatate. L'uso dell'atropina sarà continuato sino a che la cornea non ritorni normale.

Durante l'uso dell'atropina, se è possibile, è bene munire il soggetto di occhiali affumicati. Non si debbono mai effettuare bendaggi occlusivi, bensì quelli fluttuanti a tendina.

Non si deve adoperare mai la cocaina, perchè produce desquamazione dell'epitelio corneale. Inoltre la sua azione anestetizzante è transitoria; come pure si dovranno escludere le pomate a base di vasellina.

Contro i dolori sono utili le vaporizzazioni calde.

Se vi è secrezione purulenta è bene adoperare collirio antisettico, come la soluzione di

argirolo o di *protargolo* al 1-2 %, 2 volte al giorno.

Queste soluzioni sono indicate nell'intorbidamento della cornea e nell'incipiente formazione di ulcera.

Quando questa si è manifestata, oltre ad applicare la cura predetta, bisogna sorvegliare che non si accumuli secrezione purulenta nel sacco congiuntivale; ciò si ottiene con frequenti lavaggi ed applicazioni calde.

Se l'ulcera incomincia ad infiltrarsi, bisogna causticarla con molta cautela. Questa operazione deve essere naturalmente praticata da specialisti, perchè una causticazione troppo forte, per lo scadente stato della cornea, può determinare perforazione di essa.

Cessato lo stato infiammatorio, quando la cornea è tornata in condizioni normali ed è diminuita l'irritazione della congiuntiva, si smette l'uso dell'atropina e si istilla collirio astringente 3 volte al giorno (acido borico gr. 0,70; solfato di zinco gr. 0,07-0,15; soluzione di adrenalina 1 ‰ gr. 4; acqua gr. 30).

b) *Terapia delle lesioni respiratorie.*

Si praticheranno lavaggi delle fosse nasali con soluzioni di bicarbonato di sodio, istillazioni nelle narici di olio gomenolato al 2-3 %.

Contro le ulcerazioni del faringe s'impiegano le pennellazioni con soluzione di cocaina all'1 % e bleu di metilene sino a saturazione.

Contro la laringite si impiegheranno le inalazioni di vapori di acqua calda con benzoino, mentolo, timolo.

Si può adoperare l'apparecchio « Siègle » con la seguente soluzione:

Essenza di timo	10
Essenza di eucalipto	30
Alcool a 90°	200

(un cucchiaio da caffè in 150 cmq. d'acqua, da vaporare nel bicchierino dell'apparecchio);

oppure:

Tintura di benzoino . . .	gr. 30
Mentolo	cgr. 70

(un cucchiaino in 100 cmq. d'acqua calda e respirare i vapori).

Contro la tosse persistente si useranno calmanti a base di *dionina* o di *codeina*.

La tracheite iniziale si cura facendo respirare il paziente attraverso una mascheretta di garza inumidita con una mistura antisettica:

Mentolo	1,20
Tintura di jodio	1,80
Olio di eucalipto	1,20
Creosoto	4 —
Cloretone	4 —
Alcool	30

Sono utili le istillazioni endo-tracheali di olio gomenolato, naturalmente praticate da specialisti.

Inoltre si debbono usare misure profilattiche per prevenire complicanze polmonari. Per questo s'impiega una sala apposita in cui si produce un'atmosfera umida con evaporazione di soluzioni di mentolo, eucaliptolo, alcool.

Qualora si manifesti bronco-polmonite, si ricorrerà alla cura comune.

Se vi è intensa cianosi (cianosi *bleu*) si pratica il salasso e si somministra ossigeno. Però questa eventualità è difficile che si manifesti nei primi stadî dell'avvelenamento.

c) *Terapia delle lesioni cutanee.*

Dopo avere allontanato la sostanza tossica e neutralizzato, nel limite del possibile, quella fissata, come è stato esposto nel trattare la terapia precoce o preventiva, appena si siano manifestate le lesioni cutanee, la cura da praticarsi è, di massima, simil a quella delle comuni ustioni.

Si ricorrerà ai lavaggi con soluzione di permanganato al 4 ‰ leggermente acidulato con qualche goccia di una soluzione di acido cloridrico all'1 %; con acqua di calce; con soluzione di bicarbonato di sodio al 4 %; con liquido del Dakin, il quale disinfetta e neutralizza le tracce di iprite, o con soluzione di steridrolo.

Per i genitali si debbono praticare abbondanti e ripetuti lavaggi, quando non è possibile praticare il bagno generale.

Giovano anche le compresse inzuppate in soluzione di acido picrico al 5-7 % e borico, e così pure la soluzione ipertonica di solfato di magnesia o siero fisiologico.

Un buon metodo, usato anche nella passata guerra, è stato quello delle pennellazioni al nitrato d'argento al 3 % (metodo Amantea).

Nella cura delle flittene si deve cercare di evitare la sepsi. Non sono consigliabili i disinfettanti, perchè la pelle è molto delicata, però si deve curare molto la pulizia della zona cutanea circostante.

Le vescicole debbono essere svuotate asetticamente, aspirandone il contenuto con una siringa ed ago sterile.

La superficie delle flittene ed il contorno eritematoso vanno poi cosparsi con olio gomenolato al 10 %, oppure si ricorrerà ai lavaggi con *acqua di Alibour* (ossalato di zinco gr. 35; solfato di rame gr. 10; zafferano gr. 2; acqua saturata con canfora e filtrata gr. 1000), diluita per l'uso 10 volte il suo volume in acqua bollita; infine saranno ricoperte con bendaggio soffice.

Si può usare anche l'*ambrina*, oppure il linimento oleocalcare.

Al posto dell'ambrina, quando sarà scongiurato il pericolo della suppurazione e la piaga è detersa, si può usare garza sterile impregnata con la seguente pomata:

Paraffina	100
Vasellina	100
Acido fenico	0,25

Si rende fluida col riscaldamento.

Per le piccole ustioni è utile la pasta di Lassar:

Ossido di zinco	24
Amido	24
Acido salicilico	2
Vasellina	50

Se le ustioni presentano segni di infezione occorre sospendere la pasta di Lassar e ricorrere agli impacchi caldi con soluzione borica, con liquido di Dakin, con soluzione al 0,5 % di diclorammina o di diclorammina *T* (soluzione oleosa al 2 %), che sviluppano cloro attivo.

Passata la sepsi si ritorna alla pasta o alla pomata al rosso scarlatto.

Nelle lesioni dei genitali si debbono fare impacchi caldi umidi, e se la necrosi è estesa, usare bagni di lunga durata entro vasche piene di soluzione di bicarbonato all'1 %, tenendo sospeso il paziente entro speciali amache.

Se esistono croste, si fanno cadere con impacchi umidi, da ripetersi tre volte al giorno, lavando, prima di fasciare, con acqua di Alibour.

Caduta la crosta e la piaga detersa, farà molto bene l'applicazione di compresse imbevute in *linoserum* (infuso di semi di lino all'1,5 % gr. 1000; cloruro di sodio puro gr. 9; filtrato e sterilizzato in autoclave per venti minuti a 120° ogni giorno prima dell'uso, perchè altrimenti fermenta e si altera), proposto da Baudaline e Poliakoff. Questa medicazione non fa aderire la medicatura alla piaga.

Se vi sarà dolore, si potranno fare docce di aria calda.

Le pomate, gli unguenti, che dal lato profilattico sono utili, nella cura delle lesioni in atto sono poco indicati, perchè aumentano l'irritazione. Potranno solo impiegarsi con molta cautela a piaga detersa, quando è scongiurato il pericolo della suppurazione.

Contro il prurito della cicatrici sono utili le frizioni leggere di:

Alcool benzilico	100
Alcool etilico	96
Glicerina	4

Verso la fine della guerra la terapia delle lesioni cutanee si limitò a pochi rimedi, secondo l'esperienza di ciascun Paese.

Gli inglesi usarono pomate all'acido salicilico nei casi non complicati, e impacchi caldi borici nei casi di sepsi.

Gli americani usarono generalmente solo la soluzione del Dakin, sino a completa cicatrizzazione.

I francesi impiegarono varî metodi: nel primissimo stadio permanganato di potassio al 4 %; successivamente trovarono molto utile l'acqua ossigenata applicata ogni 6 ore (diminuisce il dolore e deterge l'ustione). Usarono anche l'acqua di Alibour ed una pomata all'acido fenico.

d) *Trattamento generale.*

Nei primi giorni si prescrive una dieta leggera, poichè vi è ripugnanza per i cibi solidi.

Bisogna incoraggiare i pazienti, indurli a bere acqua, latte, caffè.

Nella convalescenza si farà un'alimentazione sostanziosa e variata.

Non bisogna trascurare durante questo periodo le cure morali e psicoterapiche, per evitare i fenomeni ipocondriaci, che spesso si manifestano in questi lesionati.

B) *Lewisite ed etildiclorarsina.*

Nella cura precoce o preventiva, per la neutralizzazione della lewisite e della etildiclorarsina, le parti colpite saranno trattate con una soluzione acquosa di idrato di sodio al 5 % (Wedder), che esercita azione idrolizzante. Però questa sostanza è irritante, occorre quindi un successivo abbondante lavaggio con acqua.

Sarà poi applicata la pomata all'idrato ferrico, preparata secondo la formula della Farmacopea Ufficiale o Militare, (6 parti di idrato ferrico e 1 parte di glicerina).

Si potrà inoltre applicare anche lo stesso trattamento terapeutico impiegato nella cura delle lesioni da iprite.

Se le lesioni della cute sono assai profonde, ma non molto estese in superficie, si potrà tentare in alcune sedi la cura chirurgica, con la escissione della cute contaminata.

Anche per la terapia delle lesioni manifeste, rimandiamo a quanto si è detto precedentemente per la cura dell'iprite, perchè il trattamento è identico.

III. AGGRESSIVI A PREVALENTE AZIONE IRRITANTE.

La classifica di aggressivo irritante viene data a quelle sostanze che esplicano prevalentemente la loro azione *sulla mucosa congiuntivale e nasale, senza produrre in genere lesioni importanti in altri organi alle concentrazioni impiegate in guerra.* Questi aggressivi comprendono i *lacrimogeni* e gli *starnutatori.*

Però gli uni e gli altri praticamente determinano effetti ben più seri della semplice lacrimazione e dello starnuto e ciò secondo la concentrazione impiegata e il tempo di esposizione.

Il còmpito della terapia nelle lesioni da lacrimogeni e da starnutatori, quando questi abbiano agito in quella concentrazione con la quale si voleva raggiungere solo l'effetto lacrimogeno o starnutatorio, è abbastanza semplice e risponde facilmente ai suoi scopi.

Se però, come si è detto, queste sostanze agirono in concentrazioni tali da superare la

loro elementare azione irritante, allora i lacrimogeni si comportano come gli aggressivi soffocanti e gli starnutatori esplicano la loro azione tossica da assorbimento, oltre a produrre lesioni necrotico-flogistiche sulla mucosa dell'apparato respiratorio, simili a quelle determinate dall'iprite e dalla lewisite.

Noi qui considereremo solamente la loro azione irritante.

A) *Lacrimogeni.*

I lacrimogeni allo stato di gas, vapore o di minutissime particelle hanno un'azione irritante prevalentemente sull'occhio, in modo da provocare una lacrimazione più o meno intensa. Però se la loro concentrazione è più elevata e l'esposizione più prolungata, come si è detto, insorgono effetti più o meno dannosi anche a carico delle vie respiratorie e possono comportarsi come veri soffocanti.

Sono stati impiegati come lacrimogeni i seguenti composti: cloracetone, bromacetone, iodacetone, acroleina, cloropicrina, bromacetato, e iodacetato di etile, cloruro, bromuro e ioduro di benzile, bromuro di xilile, etere diclorometilico, etere dibromomelitico, cloroetilmetilchetone, i derivati alogenati dell'acetofenone.

La terapia di questi colpiti è semplice.

Bisogna allontanare il colpito dall'ambiente contaminato, evitando che si strofini gli occhi con le mani o col fazzoletto.

Verranno subito praticati lavaggi degli occhi con soluzioni di bicarbonato al 2,25-3 % o con soluzione fisiologica sterile e tiepida, meglio se ipertonica (cioè al 14 %, isotonica al liquido lacrimale) o con soluzione di permanganato all'1:4000 in soluzione fisiologica.

In alcuni casi si consiglia il cambio dei vestiti, perchè alcuni lacrimogeni sono semipersistenti.

Non debbono essere impiegati colliri a base di atropina, solfato di zinco, o nitrato di argento, come pure non si debbono impiegare le sostanze grasse, la vaselina, perchè hanno la proprietà di fissare alcune sostanze impiegate come lacrimogeni, specie il bromuro di benzile.

Evitare i bendaggi occlusivi, ricorrere invece a bendaggio a tendina, che lascia l'occhio scoperto, mentre lo protegge dall'azione diretta della luce.

B) *Starnutatori.*

Gli starnutatori dovrebbero teoricamente produrre soltanto starnutazione, però determinano effetti ben più complessi e più seri.

Essi comprendono i seguenti composti arsenicali: metildiclorarsina, difenilclorarsina, difenilcianarsina, difenilaminoclorarsina.

Questi composti non solo esplicano la loro azione irritante sulla mucosa nasale provocando una starnutazione insistente come riflesso di difesa, ma a concentrazione elevata o a esposizione prolungata determinano lesioni flogistico-necrotiche che dalle narici si propagano alle vie respiratorie sottostanti.

Quest'azione irritativa o necrotico-flogistica sulla mucosa delle prime vie respiratorie avviene per mezzo delle piccole particelle che si diffondono nell'atmosfera per lo scoppio di forti cariche esplosive.

Quando hanno agito come irritanti la terapia è semplice.

Anche per questi colpiti si consiglia, appena allontanati dall'ambiente contaminato, il cambio dei vestiti.

Saranno indicati i lavaggi delle mucose nasali, del faringe e della gola con soluzioni di bicarbonato di sodio, di acido borico o con soluzione fisiologica.

Contro il dolore e l'irritazione del retrobocca, si useranno istillazioni di una soluzione di cocaina in glicerina all'1-2 % o gargarismi con soluzione di mentolo.

Sono state consigliate anche inalazioni di cloroformio.

Si sono pure mostrate molto utili le inalazioni della seguente miscela: alcool gr. 40, cloroformio gr. 40, etere gr. 20; ammoniaca gocce *V-X*.

Se vi è cefalea persistente si prescriverà l'aspirina, il piramidone, ecc.

Durante la convalescenza si consiglia l'impiego dei comuni nervini.

IV. AGGRESSIVI AD AZIONE TOSSICA GENERALE.

In questo gruppo sono compresi quegli aggressivi chimici che danno luogo a manifestazioni cliniche gravissime e mortali, senza ledere il rivestimento cutaneo-mucoso a contatto con l'ambiente.

Essi agiscono producendo asfissia interna.

Appartengono a questo gruppo: l'*acido cianitrico*, l'*ossido di carbonio* e l'*idrogeno arsenicale*, il primo e l'ultimo vennero deliberatamente impiegati come aggressivi, ma con scarsissimi risultati, tanto che il loro uso fu subito abbandonato, mentre l'ossido di carbonio è un gas accidentale che si produce per lo scoppio di cariche esplosive. Quindi praticamente le sostanze tossiche appartenenti a questo gruppo non hanno che pochissima importanza aggressiva.

Il trattamento terapeutico dei colpiti da queste sostanze, che esercitano un'azione tossica generale senza ledere la barriera cutaneo-mucosa dell'organismo, è sopratutto rappresentato dal *soccorso d'urgenza.*

Specialmente nei casi di intossicazione acuta da ossido di carbonio e nei colpiti da acido cianidrico, la prontezza dell'intervento è l'unico coefficiente di successo.

A) *Ossido di carbonio.*

Le comuni maschere impiegate per la truppa non proteggono dall'ossido di carbonio.

Occorrono invece degli apparecchi speciali.

L'intossicato da ossido di carbonio va soccorso con la maggiore sollecitudine, e va portato immediatamente all'aria pura.

I capisaldi del pronto soccorso sono:

1° *La respirazione artificiale.*
2° *L'ossigeno-terapia.*
3° *Gli eccitanti cardiaci.*

Questi tre sussidi terapeutici debbono essere applicati non solo prontamente, ma anche nello stesso tempo.

1° *Respirazione artificiale.* — Se il respiro è superficiale oppure se si è arrestato, si dovrà praticare immediatamente la respirazione artificiale.

Ricorderemo brevemente i tre metodi della respirazione artificiale.

Metodo di Silvester. Il paziente viene messo in posizione supina con le spalle un po' sollevate, la testa reclinata all'indietro e la bocca aperta.

L'operatore, inginocchiatosi dietro il capo dell'asfissiato, afferrerà la parte prossimale di ambo gli avambracci, sollevando contemporaneamente ambedue le braccia del paziente in alto e indietro. Dopo due o tre secondi, le braccia verranno abbassate e spinte con una pressione piuttosto forte, contro le pareti antero-laterali del torace. Questa manovra dovrà essere ripetuta da 15 a 20 volte al minuto, cioè secondo il ritmo della respirazione normale, continuando per molto tempo.

Metodo di Schaefer. — Il paziente viene posto bocconi con la testa voltata da un lato e le braccia in alto. L'operatore si collocherà a cavalcioni all'altezza delle anche, voltando il dorso alle gambe e premerà fortemente con ambo le mani a piatto la base del torace del paziente, portando il peso del suo corpo in avanti e mantenendo sempre le braccia distese; rimarrà in tale posizione 2-3 secondi; quindi cesserà la pressione riportando il suo corpo indietro. Questa manovra sarà ripetuta da 15 a 20 volte a minuto.

Metodo di Laborde. Questo metodo consiste nello eseguire delle trazioni ritmiche della lingua.

La trazione in fuori di questa, determinando l'apertura della trachea, rappresenta il tempo inspiratorio, mentre il tempo espiratorio è realizzato dal rientrare della lingua nella bocca.

Anche questa manovra deve essere eseguita da 15 a 20 volte al minuto.

Questo metodo può combinarsi con il metodo Silvester, però occorre che la trazione della lingua (tempo inspiratorio) corrisponda con l'elevazione delle braccia.

Sono stati creati appositi apparecchi per la respirazione artificiale: modello « *Panis* », modello « *Inhabad* », modello « *Bergomi* » e il tipo « Pulmotor » fondato, quest'ultimo, su un principio diverso dai precedenti. Infatti mentre i tre primi modelli si servono di dispositivi per far compiere al malato i movimenti necessari per eseguire la respirazione artificiale, gli apparecchi del tipo « Pulmotor » introducono meccanicamente nei polmoni l'ossigeno.

La respirazione artificiale dovrà essere praticata per molto tempo, prima di abbandonare un intossicato da ossido di carbonio.

2° *Ossigeno-terapia.* — Nella cura di questi intossicati la somministrazione dell'ossigeno dovrà rispondere ai concetti seguenti, che in parte si differenziano da quelli enunciati nel trattare la cura dei colpiti da aggressivi soffocanti:

a) *L'ossigeno deve essere somministrato puro o ad una concentrazione non inferiore al* 70 %.

b) *La somministrazione deve avvenire per mezzo di speciali apparecchi, i quali lo somministrino, non solo alla concentrazione dovuta, ma anche sotto una certa pressione.*

In questi intossicati, a differenza di quanto è stato detto per i colpiti da soffocanti, l'ossigeno può essere somministrato sotto pressione senza pericolo di inconvenienti, dato che l'apparato respiratorio è integro.

L'aumento della pressione parziale dell'ossigeno, favorisce lo spostamento dell'ossido di carbonio dalla carbossiemoglobina. Quindi possono impiegarsi gli apparecchi del tipo « Pulmotor ».

c) *L'ossigeno in questi intossicati è più efficace se viene mescolato ad una percentuale del* 3-5 % *di anidride carbonica (carbogene),* a differenza di quanto è stato detto per i colpiti da aggressivi soffocanti.

L'anidride carbonica eccita il centro bulbare della respirazione e rende gli atti respiratori più profondi, facilitando così l'eliminazione dell'ossido di carbonio.

d) *La somministrazione dell'ossigeno, accompagnata dalla respirazione artificiale, deve continuare per molto tempo prima di considerare perduto un intossicato da ossido di carbonio,* anche nei casi in cui sembri sia sopraggiunta la morte.

L'esperienza ha dimostrato che la morte può essere solo apparente, essendosi verificate delle vere resurrezioni di individui che erano rimasti in stato di incoscienza per più di 48 ore.

3° *Eccitanti cardiaci.* — I cardiocinetici saranno subito impiegati, specialmente l'etere e la caffeina, accompagnati da *frizioni* e *senapismi* al torace e agli arti, mentre il colpito sarà riscaldato con bottiglie calde e coperte.

Passato il periodo acuto, gli infermi quantunque in via di miglioramento, debbono essere mantenuti ancora in riposo, perchè nei casi di intossicazione da ossido di carbonio,

per piccoli sforzi, si può manifestare un'improvvisa dilatazione cardiaca con rapida sincope.

Contro la cefalea non si debbono prescrivere i comuni analgesici (aspirina, fenatecina, piramidone), perchè predispongono al collasso.

B) *Acido cianidrico.*

Nell'intossicazione da acido cianidrico, perchè il soccorso riesca efficace, deve essere immediato, al massimo nei primi tre minuti.

Trasportato immediatamente il colpito all'aria pura, sarà praticata la respirazione artificiale contemporaneamente alle inalazioni di ossigeno, seguendo le stesse modalità esposte per l'ossido di carbonio.

Si praticheranno iniezioni di etere e caffeina.

Sono raccomandabili le applicazioni fredde alla nuca.

C) *Idrogeno arsenicale.*

La terapia di questa intossicazione ha carattere essenzialmente sintomatico.

* * *

L'importanza che la terapia assume nelle intossicazioni da aggressivi chimici è considerevole, in quanto, un pronto soccorso appropriato e precoce, può veramente salvare la vita ad un'alta percentuale di gassati e rendere meno dannose le conseguenze delle aggressioni chimiche.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

II PADIGLIONE POLICLINICO UMBERTO I.

Un nuovo metodo di estrazione di calcoli incuneati nell'uretra o nell'uretere o nel coledoco.

Dott. INNOCENZO NUVOLI,
aiuto chirurgo negli O. R. di Roma.

I calcoli uretrali, come quelli vescicali, vanno distinti in *calcoli formati in situ e calcoli migrati.*

I primi sono rappresentati da calcoli *uretro-vescicali* che hanno forma di un orologio a polvere di cui la porzione ristretta corrisponde al meato urinario interno e le due parti allargate corrispondono l'una all'uretra l'altra all'interno della vescica; calcoli *uretro-prostatici* formatisi nelle ghiandole prostatiche e sporgenti nell'uretra e *calcoli formatisi dietro restringimenti* nella parte dilatata nella parte retro stenotica dell'uretra.

Di tutte queste varietà di calcoli noi non ci interesseremo: essi devono essere estratti con operazioni complesse quali: la cistotomia soprapubica e meatotomia interna, cistotomia perineale e successiva litrotissia perineale, uretrotomia esterna.

I *calcoli migrati* invece sono l'oggetto della nostra pubblicazione, di essi però sono quelli che si sono arrestati in una uretra normale, poichè quando la causa del loro arresto dipende da un restringimento uretrale patologico preesistente, anche essi debbono essere estratti con uretrotomia esterna sebbene, qualora sia possibile eseguire una uretrotomia interna si possa applicare anche ad essi la manovra che descriveremo.

I calcoli uretrali migrati si sono formati o nel rene o nella vescica, hanno raggiunto l'uretra per un tentativo di espulsione naturale e si sono arrestati in un punto qualunque dell'uretra per una deficente forza espulsiva del detrusore vescicale o per avere un diametro trasverso di poco superiore al calibro normale dell'uretra nei punti ove essa è fisiologicamente più ristretta.

Questi punti del tragitto uretrale, ove esiste una normale diminuzione di calibro sono: l'orificio posteriore dell'uretra, il colletto del bulbo, che segna la fine dell'uretra membranosa, la parte media dell'uretra peniena, il meato urinario esterno.

I calcoli migrati possono quindi arrestarsi in uno di questi punti determinando una ritenzione completa di urine o una uretrorragia modica.

Perchè un calcolo migrato si incunei nell'uretra è necessario che non esista un basso fondo vescicale retro-prostatico che non permetta al calcolo di raggiungere il collo vescicale; è questa la ragione per la quale siamo abituati a vedere i calcoli migrati dell'uretra nei soggetti giovani esenti da ipertrofia prostatica.

I sintomi del calcolo incuneato nell'uretra si riducono a pochi: il malato ha avuto recentemente una colica renale tipica accompagnata o no da ematuria e tenesmo vescicale e che è terminata con una poliuria. Dopo un intervallo libero variabile corrispondente al tempo in cui il calcolo renale soggiorna in vescica, il p. è sorpreso di vedere durante una minzione interrompersi il getto nonostante che la voglia di urinare si sia accresciuta. Talvolta questa interruzione è accompagnata a senso di bruciore dell'uretra fino al meato ove questa sensazione è particolarmente molesta. Alla prossima minzione il malato è sorpreso di vedere il meato sporco di sangue e di osservare che il suo getto è notevolmente diminuito o che l'emissione di urina è del tutto impossibile. La prima eventualità è forse più pericolosa della seconda, poichè spesso il p. o non dà il giusto peso ai fatti o per la paura di un intervento non ricorre al chirurgo, il calcolo

soggiorna a lungo nell'uretra sempre ostacolando in parte l'urinazione, e producendo ulceri da decubito, fonti consecutive di periureiriti flemmonose, che si aprono all'esterno mediante uno o più tragitti che mettono capo al calcolo incuneato. La seconda eventualità invece, producendo una ritenzione completa di urine, non ammette dilazioni reclama l'intervento dell'arte, che può agire su tessuti vitali non ancora infetti e ha quindi tutte le probabilità di riuscita in suo favore.

È da tener presente però che anche nel caso in cui il calcolo abbia dato origine a fistole uretrali la guarigione di queste spesso è raggiunta con la sola estrazione del calcolo, come accade delle fistole consecutive a restringimenti, nelle quali sovente basta ristabilire il calibro dell'uretra per vedere la fistola chiudersi.

I segni obbiettivi dei calcoli uretrali migrati sono anche essi scarsi: talvolta il calcolo si lascia vedere fra le labbra del meato, esso si è allora arrestato in corrispondenza dell'ultimo restringimento normale dell'uretra, oppure si può palpare attraverso le pareti dell'uretra peniena o bulbare come un nodulo solido di consistenza lapidea o mediante l'esplorazione rettale può essere percepito sotto il becco della prostata in corrispondenza dell'uretra membranosa.

Anche quando tutti questi sintomi parlino chiaro a favore di un calcolo uretrale incuneato è sempre necessaria l'esplorazione uretrale; essa ci informerà sullo stato dell'uretra anteriore al calcolo e ci suggerirà le manovre adatte alla sua estrazione.

Talvolta può anche accadere che l'esplorazione sia ad un tempo diagnostica e curativa, la sonda passa fra calcolo e parete uretrale producendo uno sfregamento rasposo e ritirandola porta con sè il calcolo che si è fissato nel suo occhiello.

Altre volte la sonda si arresta avanti all'ostacolo prendendo contatto con esso, informandoci così che l'uretra è permeabile, condizione necessaria per l'estrazione per la via naturale.

Altre volte ancora la sonda si arresta prima di giungere a contatto del calcolo, segno manifesto che esso si è arrestato dietro un restringimento infiammatorio che domanda di essere curato.

* * *

La cura dei calcoli migrati dell'uretra comprende:

1) L'estrazione per le vie naturali.

2) L'estrazione mediante uretrotomia esterna.

La prima si tenterà tutte le volte che il calibro dell'uretra anteriore al calcolo è normale e, quando esso sia ristretto, tutte le volte che è possibile un uretrotomia interna (Legueu).

La seconda si eseguirà quando i tentativi di estrazione per le vie naturali siano riusciti inutili.

ESTRAZIONE PER LE VIE NATURALI.

L'estrazione per le vie naturali comprende varii mezzi:

1) Quando l'esplorazione uretrale mostra il calcolo incuneato nell'uretra prostatica, sarà facile respingerlo in vescica ed eseguire in secondo tempo o seduta stante la litotrissia con cistoscopio operatore.

2) Quando il calcolo è palpabile nell'uretra anteriore o nell'uretra membranosa mediante esplorazione rettale, ed appare di piccole dimensioni, si può tentare di provocare la sua espulsione attendendo, che una certa quantità di urine si sia raccolta in vescica e poi facendo urinare il malato tenendo chiuso il meato: quando l'uretra è ben distesa si lascia bruscamente il meato, il fiotto d'urina così provocato può espellere il calcolo. Questa manovra inoffensiva non può certo dare molte speranze di riuscita, specie quando il p. trovasi in uno stato di ritenzione completa, in cui il detrusore iperemico, edematoso, sovradisteso ha perduto quasi tutta la sua forza di contrazione.

3) Quando il calcolo è bene palpabile si può mediante la sua espressione attraverso le pareti uretrali cercare di fargli percorrere il rimanente cammino perchè esso raggiunga il meato. Si comprende però come tale manovra sia traumatizzante per la mucosa dell'uretra e provochi facili emorragie con conseguenti febbri uretrali.

4) La manovra dell'inguainamento, consistente nell'introduzione nell'uretra di una sonda molle ad estremità tagliata, nella quale si cerca di incastrare il calcolo, oltre che ad essere anch'essa traumatizzante per la mucosa, il più delle volte non raggiunge lo scopo, sia perchè può spingere il calcolo più in alto, sia perchè difficilmente riesce ad immettersi con i suoi bordi fra parete uretrale e concrezione calcolosa.

5) L'estrazione del calcolo mediante pinza uretrale di Collin ha anch'essa poche probabilità di riuscita; innanzi tutto essa è retta e non può raggiungere i calcoli arrestati nell'uretra posteriore, secondariamente essa pur essendo sottilissima non è abbastanza sottile per penetrare facilmente con le sue branche

fra parete uretrale e calcolo. Inoltre quando anche sia riuscita ad afferrarlo, facilmente lascia la presa e ciò perchè i calcoli uretrali migrati hanno il più delle volte la forma di un nocciolo di ulivo e sono situati nell'uretra con il loro grande asse parallelo alla direzione dell'asse uretrale, la pinza di Collin non riesce a far presa sul polo posteriore del calcolo ma solo su quello anteriore, che primo compare fra le sue branche, le quali chiudendosi fanno sì che il calcolo sfugge e invece di progredire fa un passo indietro.

* * *

Avendo passato così in rassegna i vari mezzi di estrazione per la via naturale si comprende facilmente come il raggiungere lo scopo mediante questi artifici sia veramente difficile; le difficoltà aumentano poi quando invece di trovare un'uretra normale ci si trovi di fronte ad un restringimento che arresti il calcolo.

In questo caso Legueu consiglia di tentare un'uretrotomia interna sulla guida della minugia, come se nulla esistesse nell'uretra e poi mettere una sonda a permanenza. Quando si ritirerà la sonda il calcolo uscirà da sè stesso. È ovvio dire quanto mai difficile sia che riesca tale manovra; infatti spesso la minugia conduttrice non passa, se passa la minugia non passa la guida del coltello uretrotomo e l'uretrotomia non è possibile. In questo caso meglio vale eseguire subito una uretrotomia esterna senza traumatizzare l'uretra sulla quale si dovrà in seguito eseguire quest'ultima operazione.

* * *

Tutte queste difficoltà di estrazione per le vie naturali ci hanno stimolato alla ricerca di un metodo che fosse più sicuro e meno lesivo. Perchè esso fosse più sicuro bisognava che fosse capace di afferrare il calcolo per il suo polo posteriore di impedirgli così di tornare indietro, e che fosse capace di spingerlo da dietro in avanti. Perchè fosse meno lesivo bisognava che esso disponesse di una presa quanto mai sottile pur essendo però resistente. Questo mezzo ci venne suggerito dall'avere più volte veduto le nostre buone massaie mediante un'ansa di spago estrarre un tappo caduto in una bottiglia.

Riuscire a passare un'ansa di filo d'acciaio dietro il calcolo incuneato, poter stringere l'ansa intorno ad esso in modo da disporla secondo il meridiano passante per i due poli del calcolo, significava aver raggiunto lo scopo. Un'ansa di filo d'acciaio, quanto mai sottile e resistente insieme può essere facilmente introdotta fra calcolo e parete uretrale senza produrre la minima lesione mucosa, essa scivola con facilità dietro il calcolo e, se stretta, costituisce una presa tenace che non lascia più la sua preda.

La difficoltà però era rappresentata dal modo di portare l'ansa fin dietro al calcolo, difficoltà che venne subito risolta avendo un po' di pratica di specialità oto-rino-laringoiatrica. In questa specialità esiste un istrumento per l'estrazione dei polipi nasali detto *allaccia-polipi di De Rossi*. Esso è costituito da un tubicino metallico (fig. 1) in cui scorrono gli

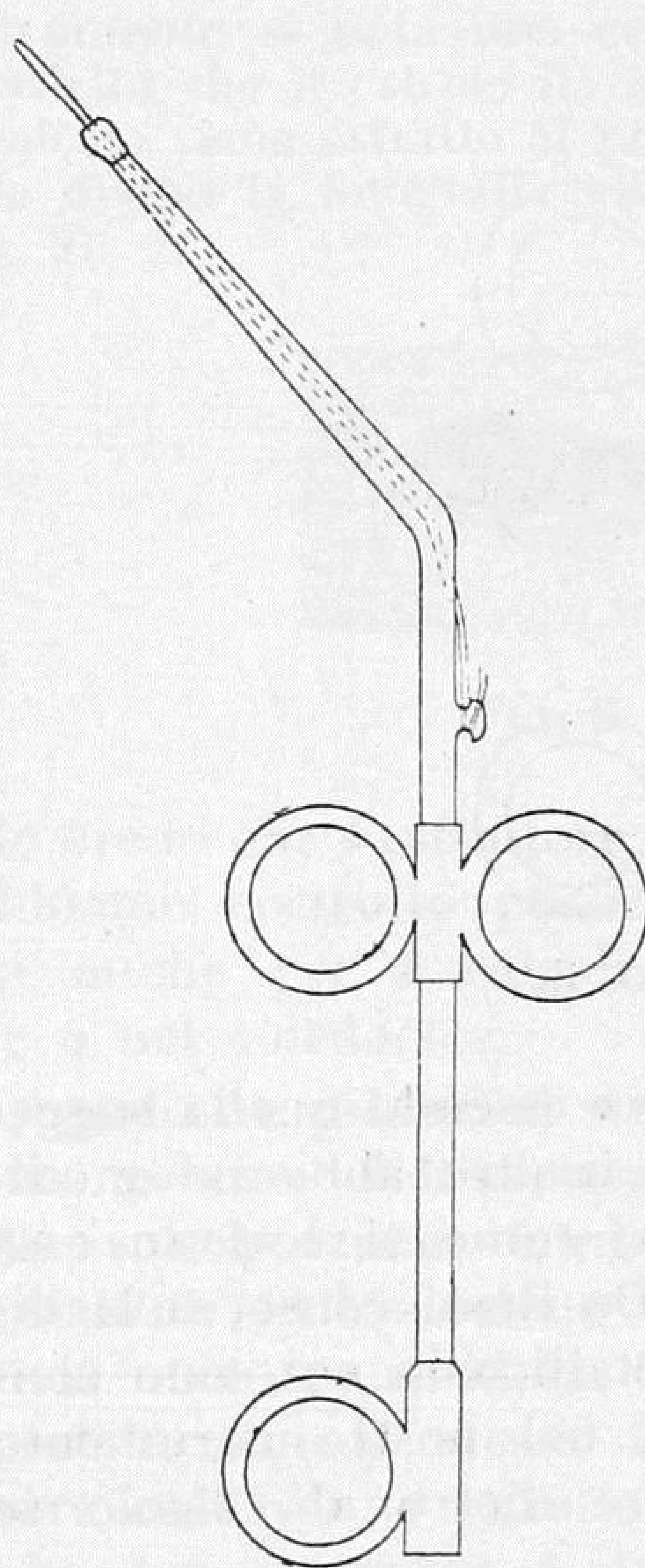


FIG. 1.

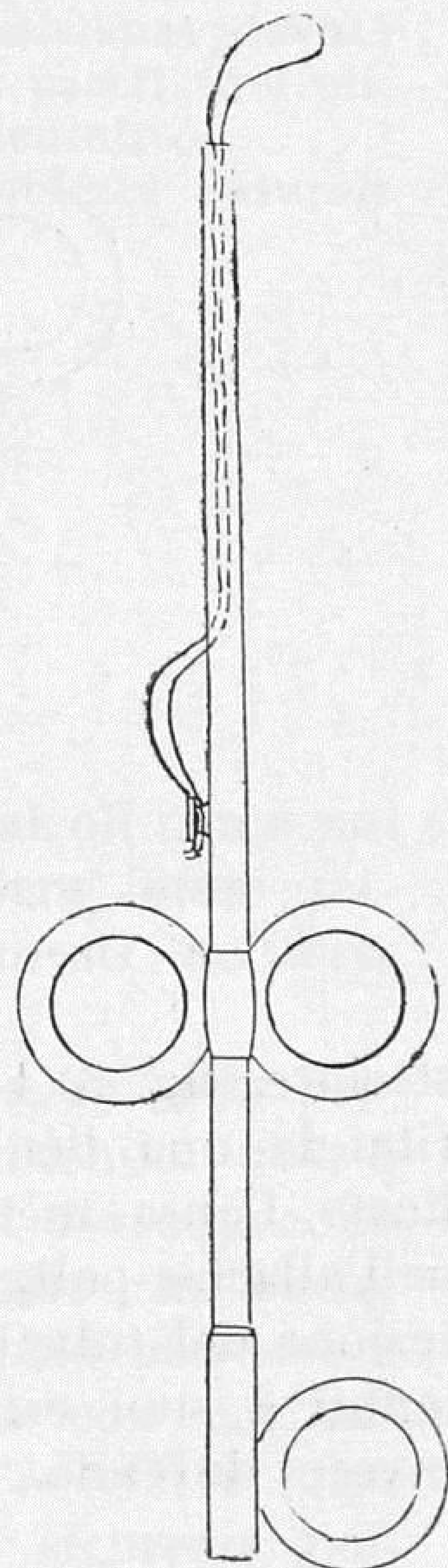


FIG. 2.

estremi di un'ansa di un filo d'acciaio. L'ansa del filo situata fuori dell'estremità di detto tubetto può rientrarvi stringendosi, quando si tirano i suoi estremi che fuoriescono dall'altra estremità del tubetto e che sono solidamente fissati a mezzo di un serrafili ad un carrello scorrevole. Facendo scorrere il carrello in un senso o nell'altro l'ansa metallica può così stringersi o aprirsi.

L'allaccia-polipi di De Rossi dovendo permettere la visione nel naso è gomitato, inoltre l'ansa metallica avendo lo scopo di prendere nel suo interno i polipi nasali conserva la direzione del tubetto metallico in cui sono contenuti i suoi estremi; per il nostro scopo abbiamo modificato l'istrumento facendolo

retto quando debba essere usato per l'estrazione di calcoli incuneati nell'uretra anteriore, (fig. 2) e curvo quando debba essere usato per l'estrazione dei calcoli dell'uretra po-

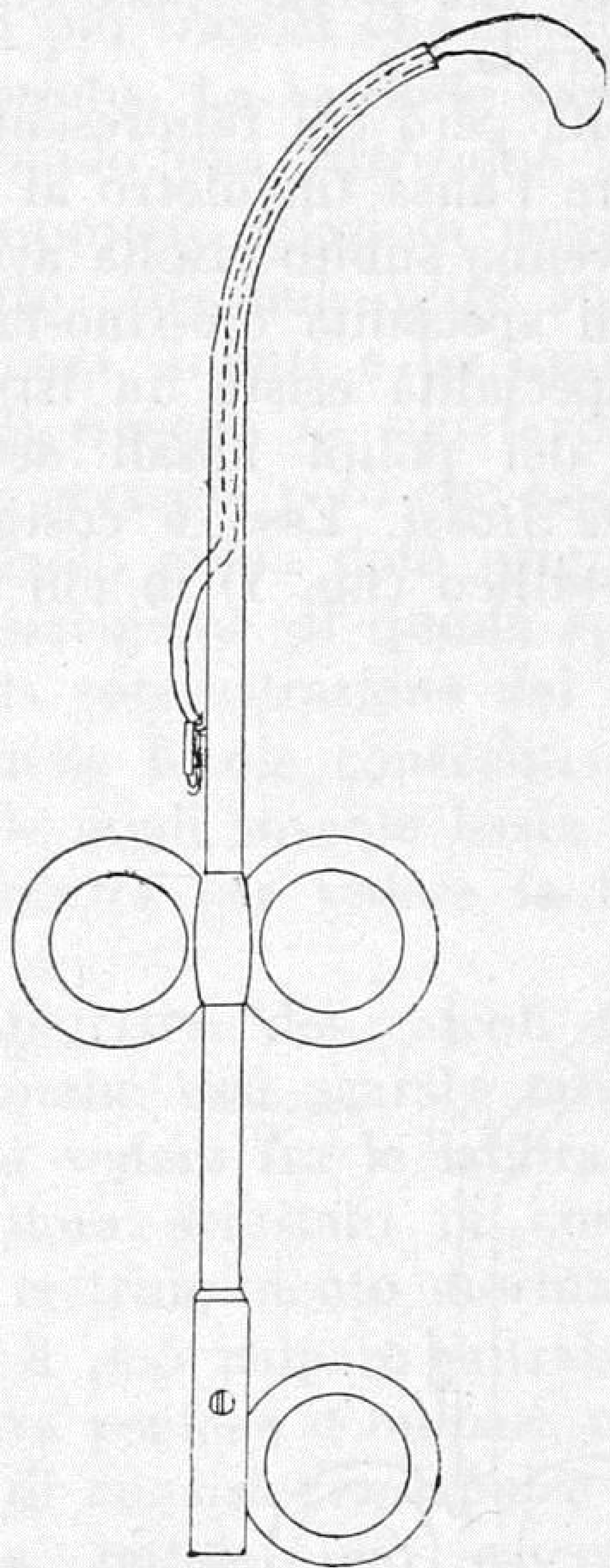


FIG. 3.

steriore (fig. 3) la curva essendo quella suggerita da una Beniqué; inoltre abbiamo modificato l'ansa metallica; come si è detto essa nell'allaccia-polipi di De Rossi conserva la direzione del tubetto metallico in cui sono contenuti i suoi estremi, nel nostro istrumento invece dovendo passare dietro al calcolo se

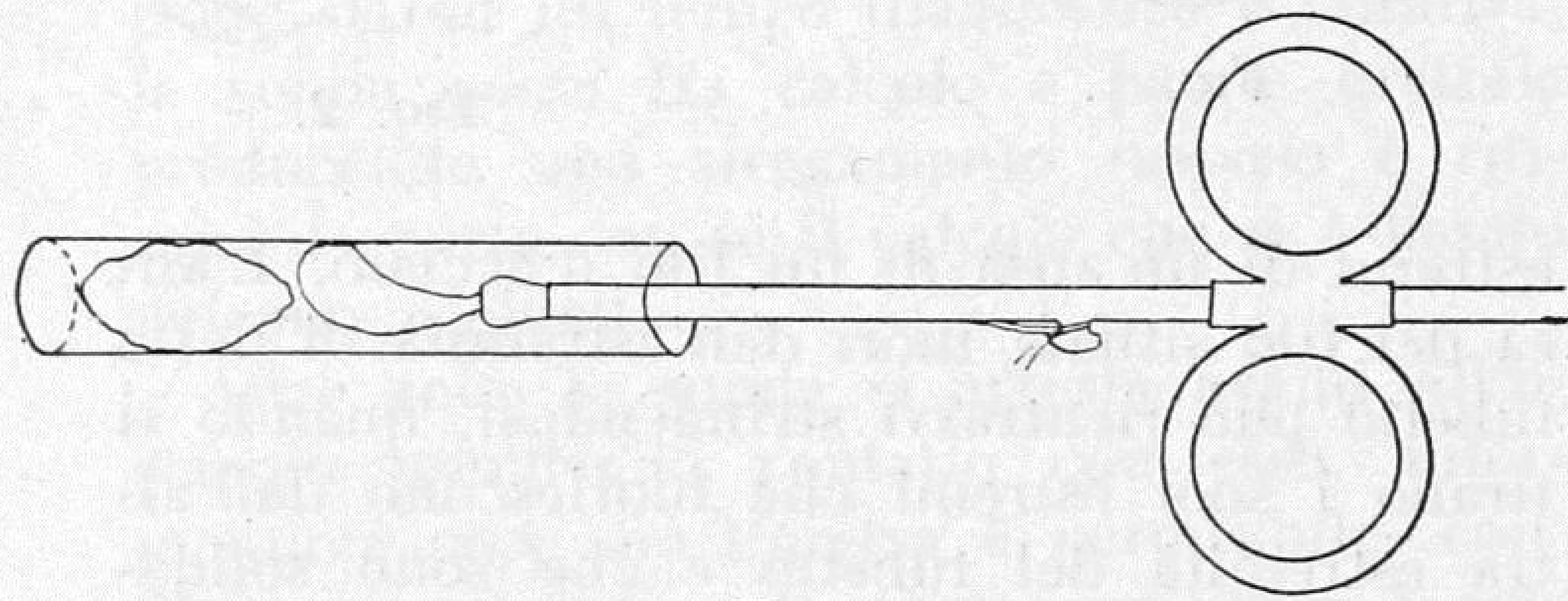


FIG. 4.

conservasse tale direzione urterebbe contro il polo anteriore di esso, e lo spingerebbe verso la vescica, mentre se ad essa si dà una curva a concavità rivolta in alto e indietro (figg. 2-3) essa passerà con le sue branche ai lati del calcolo mentre il suo apice strisciando sulla parete superiore dell'uretra (fig. 4) raggiunge la porzione di questa situata dietro il calcolo (fig. 5).

Si è cambiato così l'allaccia-polipi di De Rossi in un estrattore di calcoli. La sicurezza che l'ansa abbia abbracciato il calcolo ci viene fornita dalla sensazione, che l'apice del tubetto metallico ha preso contatto con esso (fig. 5); a questo proposito diremo che mentre l'apice dell'ansa deve seguire la parete superiore dell'uretra, il tubetto dell'estrattore dei calcoli deve seguire l'asse dell'uretra e non la sua parete inferiore, in maniera tale che la sua estremità venga ad urtare l'apice del polo anteriore del calcolo (fig. 5).

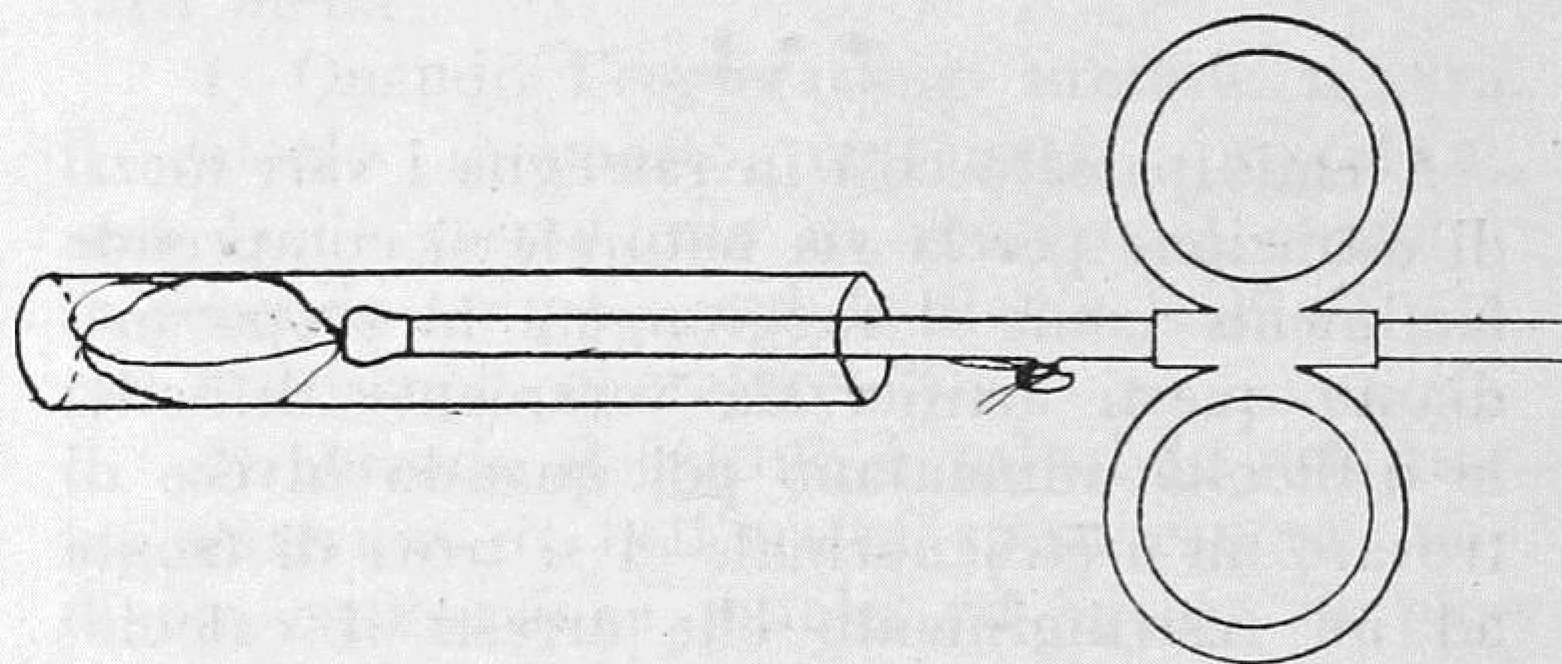


FIG. 5.

Quando si è certi di tale contatto, e che quindi l'apice dell'ansa si trova aderente alla parete superiore dell'uretra in un punto situato dietro il calcolo si fa scorrere il carrello che tiene fissi gli estremi dei fili dell'ansa metallica, in maniera che essa si stringa sulla concrezione calcolosa. Questa chiusura della ansa mediante trazione raddrizza la curva che ad essa si era data perchè il calcolo venisse compreso fra le sue branche, e l'apice di essa verrà a corrispondere esattamente al polo posteriore del calcolo, ormai preso validamente nel cappio metallico, che non lascierà più la sua presa (fig. 6). Ritirando lo strumento si estrae con certezza anche il calcolo incuneato.

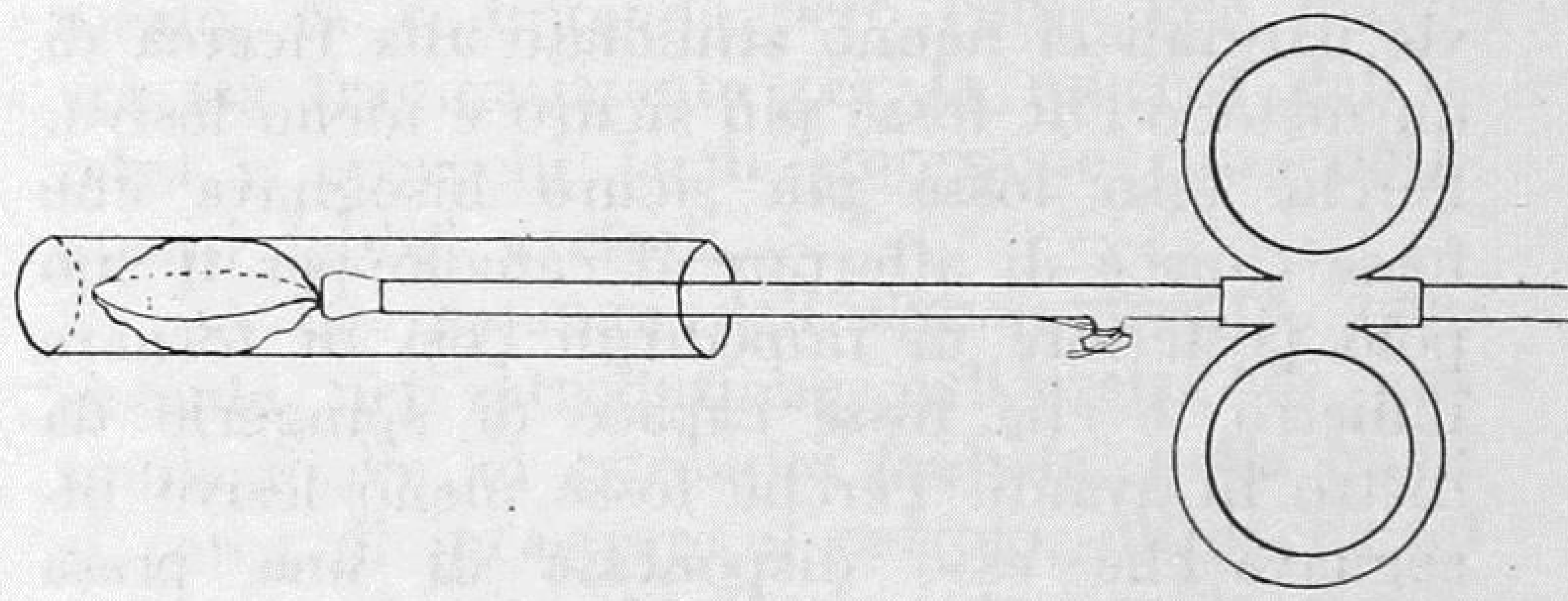


FIG. 6.

La necessità che l'estrattore di calcoli debba seguire l'asse dell'uretra e non la sua parete inferiore ci viene spiegata dalla fig. 7: infatti se esso seguendo detta parete non toccasse il polo anteriore del calcolo ma si impegnasse fra questo e la parete inferiore dell'uretra, stringendo l'ansa essa non potrebbe raddrizzarsi e non afferrerebbe il calcolo lungo il suo diametro massimo; il calcolo compirebbe

così un movimento di rotazione attorno al suo asse trasversale e si troverebbe così con il polo anteriore a contatto della parete dell'uretra e con quello posteriore a contatto della parete inferiore di essa, contatto tanto più inti-

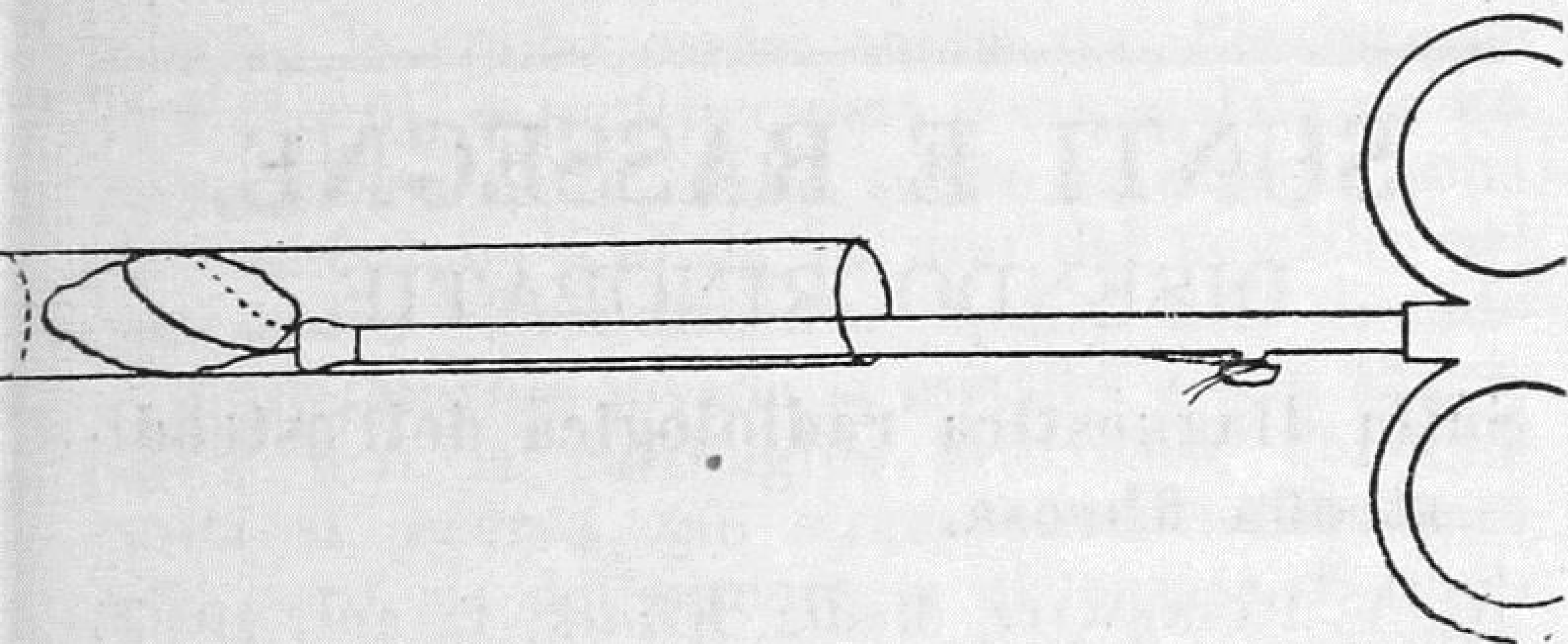


Fig. 7.

mo quanto più accentuata è la sua rotazione e cioè quanto più l'apice dell'estrattore si è impegnato lontano dal polo anteriore del calcolo e tanto più stretta è la presa (fig. 8).

Estraendo quindi il calcolo in queste condizioni si corre il rischio di produrre due ferite sulla mucosa uretrale l'una situata sulla sua parete superiore l'altra sulla parete inferiore, ferite, che, pur essendo superficiali e prodotte nel senso longitudinale, non possono compromettere in seguito la permeabilità uretrale, ma che è sempre meglio evitare facendo seguire all'estrattore di calcoli l'asse mediano del lume dell'uretra.

Abbiamo eseguito numerose esperienze introducendo noccioli d'ulivo, semi di limone,

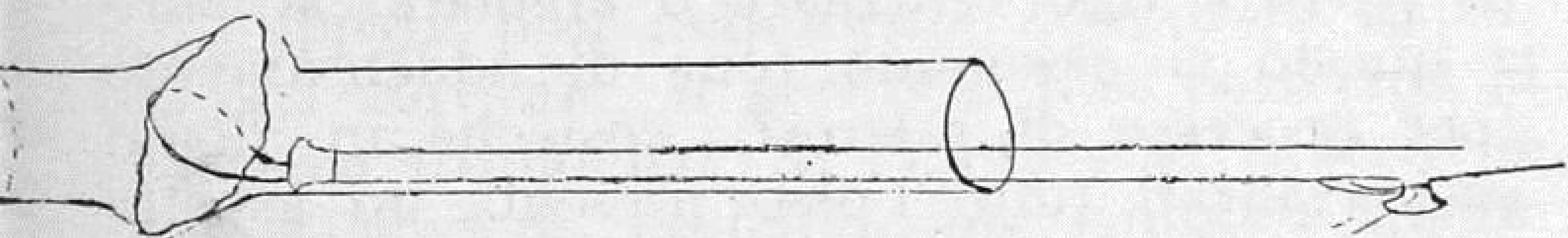


Fig. 8.

e sassolini nell'uretra di cadaveri e spingendoli con l'aiuto di Beniqué il più in alto possibile verso la vescica e sempre siamo riusciti a riprenderli al primo o al secondo tentativo mediante il nostro estrattore.

Il giorno 18 marzo 1933 essendo io l'aiuto di guardia del II Padiglione del Policlinico diretto dal prof. Margarucci, mi viene inviato dal pronto soccorso di detto Ospedale il malato T. S., anni 30, studente; nega malattie veneree, sofferente di coliche renali a sinistra da circa 2 anni, le coliche compaiono a intervalli di 2-3 mesi, l'ultima però è comparsa 5 mesi fa, durante i quali ha notato durante la minzione interruzione del getto. Il p. ha lasciato il suo paese da tre giorni per sostenere a Roma le prove di un concorso (disgraziato mortale!). Durante il viaggio si è accorto che la minzione si compiva a goccie ed era accompagnata da tenesmo; i ripetuti tentativi per urinare hanno provocato uretrorragia.

E. O.: presenza di un indurimento della grandezza di un osso di prugna situato in corrispondenza del bulbo dell'uretra ricoperto di pelle sana e lievemente dolente alla pressione.

L'esplorazione uretrale mostra che l'uretra è permeabile ad una candeletta n. 25 fino al bulbo dell'uretra, dove prende contatto con un corpo duro. Si fa diagnosi di calcolo renale migrato nell'uretra e arrestatosi nel colletto del bulbo.

S'introduce l'estrattore di calcoli seguendo l'asse dell'uretra fino a prendere contatto con il polo anteriore del calcolo, dopo aver dato alla sua ansa metallica la sua curva adatta, sicuri che detta ansa avesse abbracciato il calcolo lo si stringe in essa. Si ha la sicurezza della presa perchè estraendo l'istrumento si nota una certa resistenza dovuta all'attrito che il calcolo ha con le pareti uretrali. Il calcolo viene estratto al primo tentativo.

Ne diamo la fotografia alla grandezza naturale (fig. 9).

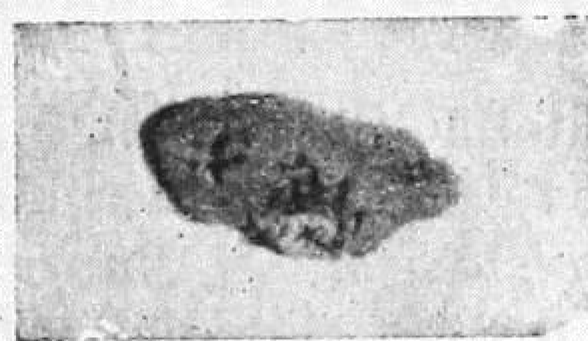


Fig. 9.

Io credo che l'estrattore dei calcoli come noi l'abbiamo costruito possa rendere buoni servigi anche per i calcoli incuneati nell'uretere o nel coledoco.

Quando un calcolo si sia arrestato nella porzione pelvica dell'uretere incidendo questo nella sua porzione lombare e introducendo l'estrattore nell'incisione dall'alto in basso, con la manovra suddetta il calcolo può essere asportato con la stessa facilità con cui nel nostro caso venne estratto dall'uretra, e forse anche con maggiore facilità e sicurezza poichè l'uretere si presenta sempre dilatato al di sopra del calcolo e permette sempre a questo di seguire un cammino retrogrado. Le stesse condizioni si verificano nei calcoli della porzione retro-pancreatica e terminale del coledoco per cui anche qui crediamo che il nostro estrattore possa rendere utili servigi.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver enumerato e descritto le varie manovre per estrarre dalle vie naturali un calcolo incuneato nella uretra, descrive il suo apparecchio e il suo metodo che nelle esperienze da lui fatte è sempre riuscito allo scopo.

Pubblica poi un caso di calcolo uretrale incuneato in cui l'applicazione fu seguita da successo al primo tentativo.

COMMENTI.

A proposito dell'articolo di M. Margottini: "Indicazioni e tecnica del taglio di Mac Burney ampliato„.

In un articolo dal titolo sopraricordato (*Policlinico*, n. 36, 1935) Margottini, prendendo lo spunto da un lavoro di H. Costantini e R. Marill, descrive la tecnica e insiste sui vantaggi del taglio di Mac Burney ampliato nella chirurgia del colon, uretere e simpatico lombare.

Egli dice: « ... non ho la pretesa di descrivere un'incisione originale, ma desidero portare un contributo in suo favore, perchè essa *a giudicare dalla letteratura* è ancora adoperata troppo raramente ».

Evidentemente a Margottini è sfuggito il contributo, che io ho portato su questo argomento, a proposito della chirurgia del simpatico lombare.

Negli Atti della R. Accademia medica di Roma del 1934, e successivamente nel n. 1, 1935, della *Rivista ital. di Endocrino e neurochirurgia;* nel n. 3, 1935, di Baglivi è descritta la tecnica e si accenna ai vantaggi della simpatectomia lombare extraperitoneale con incisione a graticcio, quale è da me, ormai da lungo tempo, praticata.

Essa fu anche ricordata in una conferenza letta nel marzo scorso alla Scuola medica ospedaliera e pubblicata nelle *Forze Sanitarie*.

E, per ultimo, la tecnica stessa è stata riprodotta cinematograficamente e proiettata in occasione della Mostra degli Ospedali.

Sino ad ora ho eseguito, per via extraperitoneale, e con incisione a graticcio, 24 ganglionectomie lombari.

In qualche caso la ganglionectomia è stata fatta dai due lati nella stessa seduta.

Per ciò che concerne il drenaggio alla fine di un intervento di resezione del simpatico lombare, Margottini afferma che il drenaggio è utile, perchè « non di rado si forma un piccolo ematoma, tanto più facilmente se nel corso della dissezione è stata lesa una delle vene lombari, che spesso incrociano il tronco del simpatico. Poichè l'allacciatura di queste vene non sempre riesce, durante l'operazione si fa l'emostasi premendo su di esse con un tampone montato, ma a intervento ultimato l'emorragia può ripetersi ».

Anche io avevo l'abitudine di drenare (o traverso la ferita operatoria o per una controapertura), e per le stesse ragioni esposte da Margottini: ma non v'ha dubbio che il drenaggio rappresenta di per sè un inconveniente, e, non eccezionalmente, è causa di infezioni secondarie.

Da vari mesi usiamo praticare l'emostasi profonda a mezzo della termocoagulazione: ciò permette di ottenere una emostasi completa, e di fare a meno di qualsiasi drenaggio.

I vantaggi della sutura totale della ferita operatoria ci sono apparsi notevoli.

A. CHIASSERINI.

SUNTI E RASSEGNE.

DISENDOCRINOPATIE.

Sulla diagnostica radiologica dell'osteodistrofia fibrosa.

(G. V. PANNEWITZ. *Mediz. Klinik*, 18 apr. 1935).

Sotto la denominazione di osteodistrofia fibrosa l'A. riunisce quattro sindromi cliniche: la osteite deformante di Paget, l'osteodistrofia cistica giovanile, i tumori ossei benigni a cellule giganti e, finalmente, l'osteodistrofia fibrosa generalizzata di Recklinghausen.

L'A. fa notare come lo studio roentgenologico di tali affezioni, estese a tutto lo scheletro fornisce dei ragguagli diagnostici preziosi, spesso molto più attendibili che non quelli ricavati dall'osservazione istologica di un pezzo di biopsia, poichè il quadro microscopico delle singole parti della lesione può simularne un altro a malgrado una patogenesi diversa.

Il quadro radiologico del morbo di Paget è caratterizzato dal fatto che le alterazioni colpiscono molte ossa, analogamente a quanto avviene nel morbo di Recklinghausen; ma a differenza di questo, il quadro non è dominato da formazioni cistiche ma da rarefazione del disegno della corticale in parte a striscie, in parte a tipo reticolare o areolare; accanto a questo si osservano zone di addensamento (per processo di sclerosi), cosicchè in alcuni casi avanzati tutto l'osso presenta un aspetto reticolato. A malgrado dell'ispessimento frequente dell'osso si osserva spesso l'incurvamento e talora anche l'allungamento dell'osso colpito. Sono frequenti le fratture spontanee caratterizzate da un decorso perfettamente trasversale e dalla tendenza alla rapida guarigione.

L'osteodistrofia più frequente è rappresentata da quella giovanile cistica. Di essa una delle caratteristiche tipiche è costituita dal fatto che viene colpito di solito un osso solo e di questo un solo segmento; la lesione si localizza con una predilezione quasi assoluta alla metafisi prossimale delle ossa lunghe, in prima linea del femore e dell'omero; è rappresentata radiologicamente da una zona di rischiaramento centrale (cisti) con contorno osseo circolare netto senza reazione periostea; la configurazione esterna dell'osso non appare deformata (a differenza di quello che si verifica nei sarcomi ossei); la sottile parete della cisti decorre regolarmente salvo a essere spezzata per la fre-

quente frattura patologica, la quale di solito è quella che porta l'infermo dal medico.

Nella diagnosi differenziale dell'osteodistrofia cistica giovanile con il tumore solitario a mieloplassi soccorre anzitutto la localizzazione della lesione; difatti in quest'ultimo vengono colpite le epifisi ossee; anche qui l'immagine cistica uni- o multiloculata è circondata da un alone osseo netto; nello stadio iniziale la zona di rarefazione s'inizia in uno dei condili; nel successivo ingrandimento, la cisti solo di rado e limitatamente invade la metafisi e non aggredisce mai la cartilagine articolare. Qualche volta si osserva uno strato osseo neoformato alla periferia del tumore; a differenza di quello che avviene nella osteodistrofia giovanile, nell'osso circostante si osserva frequentemente il disegno confuso della trama. Inoltre v'è un criterio ex-iuvantibus, poichè i tumori a mieloplassi sono molto più sensibili alla roentgenterapia che non le lesioni dell'osteodistrofia giovanile.

La sindrome radiologica della osteodistrofia fibrosa di Recklinghausen è molto meno caratteristica di quella delle affezioni sudescritte; si direbbe anzi che in essa possono essere riscontrate nei loro vari stadi lesioni analoghe a quelle delle altre osteodistrofie. Ed è appunto quella multiformità e la diffusione sistemica delle alterazioni che indirizza verso la diagnosi che poggia essenzialmente sui dati clinici oramai ben noti. Per quel che riguarda la localizzazione delle lesioni, sono più spesso colpite le ossa lunghe e il cranio; accanto alle cisti, talvolta pluriloculate con contorni piuttosto netti, si osservano alterazioni della trama ossea, con disegno confuso della spongiosa che appare non nettamente delimitata rispetto alla corticale; il periostio non partecipa al processo patologico. Al cranio e al braccio le lesioni possono perfettamente simulare quelle del morbo di Paget.

Nella diagnosi differenziale delle osteodistrofie fibrose vanno considerati tutti i processi che portano alla formazione secondaria delle cisti, come la tbc., l'osteomielite, la lues, sarcomi, mielomi, tumori maligni ecc. Ogni caso dev'essere studiato individualmente in rapporto alla sintomatologia clinica, presenza di eventuale tumore primitivo, il più o meno rapido progresso della lesione ecc. Dal punto di vista radiologico criteri utili saranno forniti dal comportamento dell'osso circostante, dalla nettezza o meno dei contorni; va ricordato però che anche il mieloma multiplo, presentando zone di rarefazione areolare, solo raramente altera il disegno della trama ossea circostante.

Comunque, anche qui, come in ogni altro campo clinico, la radiologia non rappresenta che uno dei mezzi dello studio clinico completo; è a quest'ultimo che spetta risolvere il complesso problema diagnostico.

S. MINZ.

Sulla chirurgia dell'osteodistrofia fibrosa generalizzata di Recklinghausen.

(R. WANKE. *Mediz. Klinik*, 18 apr. 1935).

Le molteplici osservazioni sul morbo di Recklinghausen, sulla sua patogenesi, sulla sindrome umorale concomitante sono andate rapidamente moltiplicandosi nello spazio degli ultimi 10 anni tanto da elucidare alcuni dei lati più importanti della malattia; molte di queste osservazioni, specie quelle che possono direttamente o indirettamente interessare il chirurgo, vengono ampiamente riassunte dall'autore.

Sembra oramai assodata la stretta relazione esistente fra le tipiche alterazioni ossee e le modificazioni strutturali delle paratiroidi; va però notato come rimane finora dubbia quale sia la lesione protopatica; e, se da una parte i successi del trattamento chirurgico farebbero pensare a alterazioni primitive a carico delle paratiroidi, tutta una serie di osservazioni sperimentali ha dimostrato che sindromi ossee analoghe possono essere provocate da vari fattori esogeni, come ad es. l'iper- e l'avitaminosi (Schmidtmann, Weber-Beck), l'acidosi alimentare (Katase) ecc. Ora nelle condizioni del genere, che in prima linea si ripercuotono sul metabolismo del calcio, si notano anche alterazioni delle paratiroidi; queste, però vanno considerate quali secondarie: in primo tempo le paratiroidi agiscono nel senso di regolazione del metabolismo calcico; ma l'azione cronica della « nox » provocherebbe una lesione permanente di esse, tanto da perpetuare la malattia. Tale opinione, espressa da Askanazy, non viene pienamente condivisa dall'A., il quale propende per l'alterazione primaria delle paratiroidi. L'anatomia patologica di queste è ancora troppo giovane per permettere una descrizione sintetica della lesione tipica: accanto ad un'iperplasia diffusa sono stati anche osservati (adenomi circoscritti, degenerazioni cellulari, formazioni gigantocellulari, adenomi eosinofili ecc. Comunque sembra che l'alterazione delle paratiroidi debba considerarsi costante nei casi tipici del m. di Recklinghausen; la sua espressione più frequente è rappresentata da iperplasia tumorale; il chirurgo si ricordi che la ghiandola alterata si trova per lo più ad uno dei poli inferiori della tiroide. Ma, occorre tener presente la frequente distopia della ghiandola (in 25 % dei casi - Mandl) allora occorre ricercarla in profondità fra la trachea e l'esofago, o nella regione del timo; non è eccezionale che essa si trovi nello spessore del tessuto tiroideo. Il reperto operatorio negativo non depone per la non esistenza dell'alterazione paratiroidea. In ogni caso tale reperto non autorizza all'asportazione della ghiandola apparentemente sana.

Le osservazioni cliniche numerose hanno finora pienamente giustificato la necessità del

trattamento operatorio; i casi di remissione (per qualche anno) o anche di guarigione spontanea costituiscono delle eccezioni; di solito nel corso di qualche anno la malattia porta all'esito fatale per lo più per il defedamento generale dell'organismo; a tale proposito va ricordata la classificazione clinica di Lièvre, il quale distingue la forma renale (per maggiore escrezione e deposizione del calcio nelle vie urinarie), quella metastatica (deposizione del calcio nei tessuti) e quella cacchettica (rapidamente mortale per considerevoli perdite del Ca) del m. di Recklinghausen. L'intervento non deve essere ritardato dopo posta la diagnosi; i tentativi di terapia con irradiazione o con somministrazione di vitamina D non hanno dato che scarsi risultati.

La diagnosi deve saggiamente servirsi dei dati di laboratorio: si noti come la ipercalcemia, finora considerata quale sintoma caratteristico non è costante. Difatti (a parte il fatto che essa può essere riscontrata in una serie di altre affezioni ossee) l'aumento del tasso calcemico può mancare in alcuni periodi della malattia: è stato visto, come, analogamente alle oscillazioni del decorso clinico, anche i valori calcemici sono in funzione della stagione e raggiungono il loro massimo nell'autunno e nell'inverno, ritornando talora alla norma negli altri periodi. Di maggiore attendibilità sarebbe la dimostrazione di ipercalciuria, quasi costante; dati assolutamente sicuri possono essere ricavati dallo studio completo del ricambio calcico — calcolando cioè l'apporto e l'eliminazione di esso; di solito la quantità eliminata colle sole urine supera di molto la quantità somministrata. Dati analoghi vengono forniti dallo studio del metabolismo del fosforo.

L'operazione, anche se coll'intervento viene asportata la ghiandola alterata, non sempre viene seguita da risultati favorevoli; v'è una certa percentuale di casi che vengono aggrediti troppo tardi, quando il paziente è già in stato di marasma, oppure quando le lesioni della gabbia toracica o i decubiti con successive infezioni sono troppo progrediti; a parte questi casi, uno dei principali pericoli dell'intervento è rappresentato dallo stato di ipoparatiroidismo postoperatorio con successiva tetania; se anche il tasso calcemico non si abbassa al disotto di 7 mg. % (soglia della tetania), sappiamo oggi che la diminuita ionizzazione del calcio, come quella che avviene negli stadi di alcalosi può provocare le manifestazioni tetaniche; ora appunto una delle conseguenze della paratiroidectomia è rappresentata dal brusco passaggio dell'acidosi all'alcalosi. Tale evenienza non è rara: è stata osservata in 9 su 55 casi raccolti da Mandl; sembra che essa può essere efficacemente combattuta dalla somministrazione di parathormone associato a preparati calcici.

L'efficacia terapeutica della paratiroidectomia è indubbia; la calcemia si abbassa subito dopo l'intervento; migliorano le condizioni generali, scompaiono le manifestazioni ossee e i pazienti possono ritornare al normale treno di vita. Ma anche qui non siamo ancora al sicuro; in qualche caso sono state descritte delle recidive, da riferirsi probabilmente all'alterazione di un'altra ghiandola paratiroidea, che al primo intervento risultava quale normale oppure non è stata repertata.

S. MINZ.

Morbo di Cushing con paraplegia spastica.

(GIRAUD, MARGAROT, RIMBAUD. *La Presse médic.*, 15 maggio 1935).

È noto che dal gruppo così complesso delle affezioni sindromatiche pluriglandulari, Cushing ha isolato una forma che egli attribuisce ad un adenoma basofilo del lobo anteriore dell'ipofisi. L'autonomia di questa sindrome non sembra doversi mettere in dubbio: le osservazioni che egli ha potuto raccogliere sono perfettamente sovrapponibili. La dimostrazione più brillante è stata data dal Roch di Ginevra che è riuscito a farne la diagnosi retrospettiva in un malato morto da quattro anni e del quale aveva potuto conservare le sezioni. Casi sono stati pubblicati da Irving, Raab, De Candia ecc. Nella prima monografia del Cushing, la malattia viene descritta come « una sindrome di obesità glandulare, dolorosa, con ipertricosi, amenorrea e sviluppo esagerato dei caratteri sessuali secondari ». A questa epoca, adiposità dolorosa di Dercum, sindrome adiposo genitale di Frölich, adiposità cerebrale di Aschner e Erdeim, rappresentano affezioni vicine ma mal limitate e mal definite.

Per esse, pensa Cushing ad un disturbo primitivo delle glandole surrenali. Dal 1913 al 1932 Cushing ha riunito 12 casi della sindrome stessa: d'allora altri due casi ne ha raccolti e descritti.

La sindrome compare in adulti relativamente giovani (età media, 18 anni; età estreme 6-25 anni). Durata media di cinque anni: casi estremi 3-7. In tutti i malati si ritrovano i segni caratteristici seguenti:

Obesità, di comparsa rapida, abitualmente dolorosa, limitata alla faccia, collo, tronco; le estremità sono indenni.

Tendenza alla cifosi con diminuzione della statura, con dolori lombari.

Disfunzionamento genitale, amenorrea nella donna, frigidità nell'uomo.

Ipertricosi localizzata alla faccia ed al tronco in soggetti non aventi ancora raggiunta la pubertà. Al contrario, nell'adulto, ritorno alla disposizione prepuberale.

Aspetto brunastro della pelle con comparsa di striature purpuree.

Ipertensione arteriosa: cifre estreme 17-10; 23-17.

Tendenza all'eritremia. Il numero dei globuli rossi sorpassa i 5 milioni nei casi nei quali il sangue è stato esaminato.

Lombalgie, dolori addominali, stancabilità, debolezza, molto pronunziate nelle ultime settimane dell'affezione.

Questi sintomi maggiori si accompagnano con manifestazioni incostanti. Cushing segnala dell'acrocianosi, ecchimosi, strie purpuriche spontanee o provocate dalla pressione, stanchezza oculare con esofltamo, diplopia, diminuzione dell'acuità visiva, emorragie retiniche, estrema secchezza della pelle con iperpigmentazione, polidipsia, poliuria, polifagia, sensibilità marcata alle affezioni polmonari ed alle diverse infezioni (erisipela, ascessi, flemmoni), sensazioni di soffocamento, insonnia, leucocitosi polinucleare.

Numerosi sono i segni che, secondo Cushing, sono indizi di disfunzione endocrina. Alla surrenale egli ricollega non solo l'ipertensione e la pigmentazione, ma anche l'estrema astenia terminale; al pancreas endocrino la glicosuria; alla tiroide le modificazioni del metabolismo basale; alle paratiroidi l'osteoporosi e la decalcificazione rivelati dalla radiografia o svelate dalla cifosi e dalle fratture spontanee. Le constatazioni anatomiche confermano l'importanza delle lesioni glandulari. Cushing rileva le lesioni seguenti:

Ipofisi: 3 adenomi basofili; 2 adenomi indifferenziati; 1 sclerosi del lobo anteriore; 2 glandole apparentemente normali.

Tiroide: 4 aumenti di volume; 1 diminuzione di volume; 1 sclerosi.

Surrenali: 2 iperplasie corticali; 1 piccolo adenoma; 4 glandole normali.

Ovaia: 3 aspetto senile o atresico; 1 ipertrofia con segni di iperfunzione.

Testicoli: 2 atrofie dell'epitelio spermatogenesico.

A queste lesioni si aggiungono frequentemente alterazioni di nefrite cronica, ipertrofia ventricolare, sclerosi arteriosa, rarefazione ossea.

Il caso degli AA. riguarda peraltro un individuo tuttora vivente: un ventenne che rapidamente, in diciotto mesi, aumenta di 13 kg., nel mentre compare poliuria. Sedici mesi dopo l'inizio della malattia compare difficoltà crescente nella deambulazione, crampi ai polpacci. Obiettivamente si ritrova: faccia di luna piena, colore roseo vivo delle gote; sovraccarico adiposo del torace, delle natiche, della parete addominale, sulla quale si notano striature rosse, così come si ritrovano sul torace alla radice delle gambe, sulle braccia. Diminuzione della capacità sessuale da un anno. Cuore normale: pressione arteriosa 20,5-14.

A questo quadro si sovrappongono i segni di una paraplegia spastica, con esagerazione dei riflessi e clono, Babinski, senza disturbi della sensibilità, senza disturbi visivi o pupillari. Poliuria, con glicosuria intermittente; non poliglobulia; lieve leucocitosi neutrofila; negative tutte le sieroreazioni. Liquido cefalo-rachidiano chiaro, col 4,05 di albumina, 7,50 di cloruri, 1,52 di gluccsio. Radiograficamente lieve atrofia delle apofisi clinoidee. Glicemia del 2,40 per litro. La puntura lombare e la puntura sotto occipitale, nonchè il lipiodol ascendente e discendente confermano la presenza di un ostacolo fra la 3-10 vertebre dorsale. Ogni terapia messa in opera non arresta l'evoluzione della malattia.

Sebbene mancanti di reperto anatomico (il malato essendo vivente ancora), il caso è sovrapponibile a quelli descritti: resta oscura la causa della paraplegia spastica. Si tratta di tumore, ma di qual natura? Data la frequenza dell'iperplasia surrenale nel corso della sindrome, sarebbe logico pensare ad una metastasi di un cortico-surrelanoma clinicamente non svelabile, ma nessun dato appoggia questa ipotesi. Lo scheletro rachideo che è un sito di elezione delle sue localizzazioni secondarie è radiologicamente indenne. Nè si può pensare ad una coincidenza di fatti, data la simultanea comparsa delle sindromi.

MONTELEONE.

Carcinoma corticale della surrenale con sindrome di Cushing.

(D. HARE, J. ROSS, A. CROOKE. *The Lancet*, 20 luglio 1935).

I segni clinici caratteristici della sindrome, che giustamente è stata chiamata basofilismo ed attribuita all'adenoma basofilo della pituitaria, sono ormai ben noti. Anche lo stretto parallelismo fra questa sindrome e quella derivante dalla iperfunzione della corteccia surrenale nelle donne adulte, è stato di recente messo in evidenza. L'A. riporta un caso di carcinoma della corteccia surrenale, nel quale, essendo presente anche la sindrome dell'adenoma basofilo, fu fatto un accurato studio autoptico della pituitaria, e vi furono riscontrate delle alterazioni che finora non sono state descritte da nessun autore.

I segni clinici fondamentali erano attacchi di grave cefalea e vomito, e persistente metrorragia, seguita da amenorrea: si aveva inoltre irsutismo, del tipo maschile, con perdita dei capelli, pelle untuosa, eruzione acneiforme, e strie atrofiche. Questi sintomi erano associati con una adiposità della faccia, collo, spalle e tronco, mentre i fianchi erano sottili: in seguito si manifestò cifosi, policitemia, e la pressione arteriosa si innalzò. All'operazione fu asportato un tumore maligno della surrenale, e all'autopsia furono trovate delle metastasi. Delle sezioni seriali della pituitaria, non misero in evidenza alcun segno di adenoma baso-

filo della pituitaria, e la conta cellulare differenziale era nei limiti normali. Si trovò invece una degenerazione jalina delle cellule basofile del lobo anteriore: la presenza di questa alterazione, la sua natura, ed il suo significato nella sindrome del basofilismo sono oggetto di una pubblicazione ulteriore, che sarà pubblicata fra breve: in essa gli AA. sostengono che tale alterazione deve essere considerata come espressione della modificata attività fisiologica e non come degenerazione legata a morte della cellula. G. LA CAVA.

MISCELLANEA.

Un nuovo metodo d'investigazione clinica basato sulla fluorescenza.

(A. BOUTARIC. *La Presse méd.*, 22 maggio 1935)

Si dà il nome di fluorescenza all'emissione secondaria di luce prodotta da alcuni corpi solidi, liquidi o gassosi, sotto l'influenza di una eccitazione prodotta da una irradiazione visibile o non. La fluorescenza è dunque, come la fosforescenza, un fenomeno di fotoluminescenza, ma mentre l'emissione di fosforescenza si prolunga per un tempo apprezzabile, talora lungo, dopo l'eccitazione che lo ha causato, l'emissione di luce con la fluorescenza cessa praticamente con la eccitazione che l'ha provocata. Fra i più comuni liquidi fluorescenti figurano diversi idrocarburi e le soluzioni in acqua od in altro solvente di numerose materie coloranti, come l'eosina, l'esculina, il solfato acido di chinina, l'uranina, i diversi composti di acridina ecc. A ciascun corpo fluorescente corrisponde uno spettro di eccitazione caratteristico: l'insieme delle radiazioni suscettibili di provocare la fluorescenza di una sostanza, costituisce il suo spettro d'eccitazione: generalmente queste radiazioni sono di corta lunghezza d'onda e site nel bleu, violetto, ultravioletto. Le radiazioni emesse in queste condizioni dalla sostanza fluorescente, formano il suo spettro di emissione. Si caratterizza una sostanza che dà soluzioni fluorescenti con un coefficiente al quale si dà il nome di potere fluorescente: il fluorometro di Perrin permette di comparare i poteri fluorescenti, e permette di studiare facilmente la diminuzione del potere fluorescente che subisce una sostanza fluorescente con l'addizione di piccole quantità di una sostanza inibitrice della fluorescenza stessa. Possono modificare il potere di fluorescenza, la temperatura delle soluzioni, la concentrazione in idrogenioni, la viscosità, ecc. Due grandi gruppi di sostanze sono capaci inoltre di diminuire il potere di fluorescenza: gli inibitori colorati; gli inibitori incolori (ioduri, solfuri, amine, nitroaromatici ecc.). L'A. ha voluto con numerose e diligenti ricerche, studiare l'influenza esercitata sul potere fluorescente di un corpo fortemente fluorescente come l'uranina: 1° da un certo numero di sostanze utilizzate in terapia, specie gli alcaloidi; 2° dai sieri normali e patologici; 3° da alcune secrezioni. Corpi questi, tutti, pressochè incolori, ed il cui spettro d'assorbimento non contiene bande vicine a quelle che caratterizzano la sostanza fluorescente. Oggetto di studio sono stati anche i diversi liquidi, ascitici e pleurici, la tossina difterica, i veleni di cobra, naia, vipera, crotalo ecc.

I diversi prodotti di origine organica di cui è stata studiata l'azione sul potere fluorescente delle soluzioni di uranina, solo gli alcaloidi ed alcuni sieri patologici, principalmente i sieri provenienti da soggetti cancerosi, hanno determinato la diminuzione del potere fluorescente. Se si avvicinano questi fatti a quelli antecedentemente constatati che le sostanze inibitrici verso la fluorescenza appartengono al gruppo delle sostanze dette antiossigene, che con la loro presenza rallentano i processi di ossidazione, si è portati a pensare, da una parte che gli alcaloidi introdotti nell'economia possono in parte comportarsi come antiossigeni, e d'altra parte che i sieri cancerosi, potrebbero racchiudere in debole quantità sostanze ad azione analoga. Tuttavia tali deduzioni che per il momento sono solo verosimili, debbono essere riguardate come ipotesi di lavoro destinate ad orientare nuove ricerche, così pure la constatazione fatta che i sieri di soggetti cancerosi attenuano in misura notevole la fluorescenza delle soluzioni di uranina, merita di essere oggetto di estese indagini, poichè potrebbe costituire una semplicissima reazione per la diagnosi di cancro. MONTELEONE.

I criterî di guarigione della blenorragia.

(A. J. KING. *Journal Amer. Medic. Assoc.*, 19 gennaio 1935).

L'accertamento della guarigione della blenorragia ha una notevole importanza pratica in quanto, come è risaputo, individui ritenuti guariti e che quindi hanno abbandonato ogni cura, possono avere a distanza di tempo ulteriori manifestazioni della infezione e possono in ogni tempo essere causa di contagio. È tutt'altro che raro il caso di individui che hanno provocato infezioni alle donne con le quali sono venute in contatto, pur ritenendosi assolutamente guariti della blenorragia sofferta.

Le prove di guarigione della blenorragia possono dividersi in due gruppi cronologici, il classico ed il moderno.

Il metodo classico è essenzialmente clinico e consiste nell'esame fisico delle basse vie urinarie. I criteri di guarigione, secondo questo metodo, sono l'assoluta limpidità delle urine, il risultato negativo dell'esame microscopico del sedimento, l'assenza di ogni segno d'infiammazione dell'uretra, dei testicoli, della

prostata, l'assenza di microrganismi nel liquido prostatovescicolare, che non deve contenere più di cinque corpuscoli bianchi per ogni campo microscopico.

Questi elementi sono sufficienti per affermare guarita una blenorragia, ma in pratica non sempre vengono praticati, ritenendosi sufficiente criterio di guarigione la cessazione della secrezione. Ed in tal modo il soggetto costituisce sempre un pericolo di contagio per la donna con la quale ha rapporti sessuali, ed è sempre soggetto ad ulteriori manifestazioni della infezione.

D'altra parte le prove su accennate perdono ogni valore quando esse vengono praticate a distanza di tempo dall'apparente guarigione. Allora al metodo classico conviene sostituire quello moderno, che consta delle prove culturali e quelle serologiche.

L'esame culturale deve essere fatto non sul solo liquido prostatico, ma anche su quello vescicolare, avendo l'esperienza dimostrato che l'infezione blenorragica si localizza nelle vescichette seminali molto più spesso di quel che generalmente si crede.

La tecnica per l'esame è la seguente. Si fa urinare il paziente, e si fa un'irrigazione di acqua sterile nell'uretra anteriore. Si fa assumere al paziente la posizione ginocchio-gomito e si pratica un massaggio prostatico. Si fa colare il liquido prostatovescicolare sul terreno di cultura preparato in una scatola di Petri, che si ricopre subito e si dondola in modo che il liquido si spanda sulla superficie del terreno di cultura. Quindi si pone in termostato a 37°,5.

Dopo 5 giorni si procede all'esame delle culture. Quelle di gonococco si possono differenziare dalle altre mediante la reazione dell'ossidasi. Si cosparge tutta la superficie di cultura con una soluzione preparata di recente di cloruro di dimetilparafenilendiamina. Le colonie di gonococco si colorano subito in rosa, che poi si trasforma in porpora e quindi in nero dopo circa mezz'ora. Dopo di che si procede all'esame microscopico praticando anche la reazione di Gram con la modificazione di Jensen.

La reazione dell'ossidasi può esser data da altri microrganismi, come il micrococco catarralis che però si trova di raro nel tratto genitale, e come il tipo filiforme del b. coli, il b. subtilis, che però si identificano facilmente all'esame microscopico. Eventualmente si può saggiare il comportamento di culture ottenute nelle colonie in esame di fronte ad un siero antigonococcico.

Deve però essere tenuto presente che la negatività di un esame culturale praticato secondo la tecnica su accennata, non deve fare concludere senz'altro per l'assenza dell'infezione. Ad una tale conclusione si può giungere solo dopo quattro esami negativi.

La sieroagglutinazione per la blenorragia è un sussidio diagnostico di gran valore in tutte le fasi del trattamento.

Nel 1933 Price introdusse un nuovo antigene e migliorò la tecnica usando siero molto concentrato.

La reazione positiva nel siero di un paziente è la prova sicura dell'esistenza di un focolaio gonococcico. Occorre, comunque, tener presente che in un soggetto curato con vaccino quando c'è vera guarigione la reazione diventa negativa solo dopo sei settimane dall'iniezione del vaccino.

Occorre anche tener presente che nel periodo subacuto durante la cura con altri sistemi la sieroreazione può risultare negativa anche persistendo l'infezione. Può capitare insomma che avvenuta la guarigione apparente la reazione negativa diventi poco dopo di nuovo positiva. In tale fase la negatività della reazione è indice dell'efficienza del trattamento ma non di guarigione. Pertanto conviene ripetere l'esame a distanza di tempo.

In ogni caso prima di fare qualsiasi esame è opportuno fare osservare una dieta provocatrice allo scopo di attivare i focolai infettivi silenti. A tale scopo è molto utile l'alcool.

Dr.

Il morbo di Still.

(F. Bach. *Le Bulletin Médical*, 27 aprile 1935).

G. F. Still nel 1896 descrisse una forma di reumatismo articolare cronico che colpisce i ragazzi, nel modo seguente: È una malattia clinicamente caratterizzata da un gonfiore fusiforme elastico delle articolazioni e da una ipertrofia dei gangli linfatici e della milza. Questa malattia è stata finora chiamata artrite reumatoide (reumatismo cronico infettivo progressivo), ma ne differisce oltre che per il fatto che essa non si verifica negli adulti, clinicamente per l'assenza di alterazioni ossee anche in una fase avanzata e per l'aumento di volume dei gangli linfatici e della milza e anatomicamente per l'assenza costante di lesioni cartilaginee e di proliferazioni osteofitiche.

Il quadro clinico del morbo di Still è molto caratteristico. Di solito l'inizio è insidioso, ma spesso è acuto ed in modo da poter essere confusa con un'affezione reumatica banale. L'età della massima morbilità è compresa fra i 3 ed i 6 anni. Le prime articolazioni interessate ordinariamente sono i polsi, le ginocchia ed i gomiti; più tardi le anche e le articolazioni delle dita delle mani e dei piedi.

Nella fase iniziale si rileva infiammazione e gonfiore della sinoviale; più tardi possono sopravvenire fibrosi e contratture.

Le articolazioni s'ingrossano gradatamente ed assumono un aspetto fusiforme. Si nota

partecipazione dei tessuti periarticolari, specie alle metacarpo-falangee ed interfalangee, alle ginocchia, ai polsi, ai gomiti.

Nelle forme marcate e avanzate si verifica atrofia muscolare e limitazione dei movimenti simili a quelli che si hanno nella poliartrite infettiva e nell'artrite reumatoide degli adulti. Oltre a ciò di solito si stabilisce la splenomegalia e l'ingorgo di tutti i gangli linfatici.

Nella fase acuta si hanno tutti i segni dell'infezione grave e febbre persistente a 39° ed anche più, sudori ecc.

È stata constatata la formazione di noduli con struttura anatomo-patologica simile a quella dei noduli reumatici.

Non è stato isolato l'agente specifico: sono state riscontrate diverse forme di streptococchi, che si suppone abbiano un'influenza nell'etiologia del male.

La malattia ha un'evoluzione graduale. Col tempo si determina anemia, dimagrimento, perdita delle forze, arresto dello sviluppo fisico. Durante la vita sembra che il cuore rimanga indenne, ma all'autopsia spesso si constatano aderenze pericardiche.

Il decorso è lento con alternative di attività e remissione: in tutti gli stadii può entrare in latenza o determinare gravi conseguenze invalidanti e deformanti. Tuttavia di solito la malattia s'arresta all'epoca della pubertà senza lasciare gravi deformità.

In relazione all'opinione più diffusa che la malattia è dovuta ad un'infezione streptococcica, la terapia è generalmente orientata verso questa direttiva e nei suoi elementi principali simile a quella dell'artrite reumatica.

La fisionomia radiografica della malattia non è ancora ben precisata in relazione alla rarità dei casi caratteristici. Nel periodo iniziale, trattandosi di lesioni periarticolari, non si trovano manifeste lesioni articolari alla radiografia. Negli stadii tardivi si notano alterazioni epifisarie ed una condensazione localizzata delle superficie ossee.

Nella fase iniziale il morbo di Still può confondersi con un'affezione reumatica o con una artrite tubercolare o sifilitica. Nelle fasi più tardive può confondersi con l'artrite reumatoide, con il rematismo cronico progressivo di Charcot e con altre forme di poliartrite infettiva.

Le relazioni tra il morbo di Still, il reumatismo articolare e l'artrite reumatoide non sono ancora ben precise. È stato anche sostenuto che non esistono differenze essenziali nè cliniche, nè anatomo-patologiche tra il morbo di Still e l'artrite reumatoide degli adulti. D'altra parte autori scandinavi hanno recentemente osservato in adulti forme cliniche affatto simili al morbo di Still: gonfiore delle articolazioni delle dita, leggere ipertermie, ipertrofia della milza e dei gangli linfatici.

In conclusione si dispone ancora di troppe poche osservazioni relative al morbo di Still perchè si possa dare un giudizio reciso su questa affezione. Non se ne conosce ancora la etiologia, nè sono ben definiti i confini tra queste malattie da una parte e il reumatismo articolare acuto e l'artrite reumatoide dall'altra. D'altra parte si sa che il quadro dell'artrite reumatoide comprende un gran numero di varietà ed il quadro del reumatismo articolare acuto può subire deformazioni in relazione a fattori diversi. Ciò posto conviene ancora domandarsi se il complesso sintomatologico descritto da Still costituisca veramente un'entità clinica definita o non sia invece un particolare tipo di altre affezioni reumatiche. Dr.

DIVAGAZIONI

Cause e rimedi del fiato graveolente di sostanze alliacee.

Aglio e cipolla sono aromi popolari assai graditi a molti, ma che debbono essere banditi nel vivere sociale delle classi elevate per il nauseabondo fiato graveolente che lasciano a lungo. La ripugnanza per esso è antica e sono note le invettive di Orazio contro l'aglio, che egli dichiara più nocivo della cicuta e degno di essere sostituito a questa per la condanna a morte dei parricidi. Tanto più il medico, poi, deve andar cauto nell'usare questi cibi aromatici, in quanto che spesso i malati hanno un odorato ipersensibile e ne vengono disgustati.

Gli odori di queste sostanze alliacee derivano da olî essenziali in esse contenuti. Per la cipolla, si tratta specialmente del disolfuro di allil-propile ($C_6H_{12}S_2$) che è anche contenuto nell'aglio; il principale costituente di questo è però il disolfuro di diallile, il quale contiene 2 atomi di H in meno. Vi sono poi degli olî solforati di incerta composizione.

L'odore dell'aria espirata è dovuta al passaggio in essa di questi olî essenziali o dei loro prodotti di decomposizione. Varie sono le teorie avanzate per spiegare tale passaggio. Si ritiene da taluno che gli olî passino nel sangue e, di qui, nei polmoni e nell'aria espirata, come accade per altre sostanze (acetone, etere, alcool). Secondo altri, invece, l'olio dal sangue passa nella saliva attraverso le ghiandole salivari, oppure passa dallo stomaco per l'esofago (senza bisogno di eruttazione) e di qui alla bocca. Secondo un'ultima teoria, che è la più semplice e forse la più praticamente utile, l'odore è dovuto a minime particelle di tali olî, che rimangono nella bocca, tenacemente aderenti ai denti, alle tonsille, alle papille linguali.

Il problema, sebbene appaia di scarsa importanza, è stato largamente studiato e la bibliografia ne è abbastanza ricca. Uno dei lavori più ampî in argomento è stato fatto da

F. A. Lehmann (*Arch. f. exper. Path.* Vol. 147, 1930), che ha dosato la quantità degli olî essenziali nel fiato di conigli a cui questi erano stati somministrati per via orale, rettale, sottocutanea ed endovenosa. Egli somministrava gli 8-10 mg. di olî contenuti in 4-5 cmc. del succo di aglio, il che corrisponde per l'uomo all'ingestione di 300-400 grammi di aglio. Il fiato veniva fatto passare per una soluzione titolata di permanganato, dosando poi la perdita con l'acido ossalico.

Le ricerche furono negative quando la sostanza fu introdotta per iniezione sottocutanea; si ebbero soltanto delle tracce, per circa 50 minuti dopo l'iniezione endovenosa, mentre con la somministrazione per via gastrica per mezzo di una sonda si ebbero delle tracce minime che rientrano negli errori possibili.

Questi risultati indicano già che probabilmente l'odore è dovuto alla permanenza degli olî nella bocca. Recenti ricerche di H. W. Haggard e L. A. Greenberg (*Journ. amer. med. assoc.*, 15 giugno 1935) confermano tale modo di vedere.

Questi AA. hanno fatto masticare ed ingerire un grammo e mezzo di aglio crudo rilevando che l'odore del fiato si aveva subito e tale rimaneva per 24 ore circa. Invece, somministrando la stessa quantità in capsule di gelatina, il fiato non aveva nessun odore salvo che, entro le prime 3-4 ore, quando l'individuo aveva qualche eruttazione. Gli stessi risultati si ebbero con l'uso di 20 grammi di cipolla e sono confermati da ricerche quantitative fatte con un metodo più preciso di quello di Lehmann, il quale con il permanganato dosa tutte le sostanze organiche volatili contenute nell'aria aspirata.

Gli AA. hanno usato, invece, il pentossido di jodio, disponendolo in un tubo a strati alternati con lana di vetro, e scaldando il tutto a 180° in un forno elettrico; lo jodio e l'eventuale acido jodidrico che si liberano sono poi assorbiti da una soluzione di joduro di potassio, in cui si dosano con il consueto metodo del tiosolfato: 1 mg. di disolfuro di diallile (aglio) corrisponde a mg. 5,8 di jodio ed 1 di disolfuro di allil-propile (cipolla) corrisponde a mg. 6,09 di jodio. Le quantità di tali olî contenute sono rispettivamente di 0,19 % per l'aglio e di 0,049 % per la cipolla.

Le quantità contenute nell'aria espirata dopo aver mangiato un grammo e mezzo di aglio sono di mg. 0,0028-0,0035 per litro di aria, dopo 5 minuti; di 0,0008-0,001 dopo un'ora; di 0,00015-0,00025 dopo 6 ore, quando l'odore era ancor bene avvertito. Negativa invece la ricerca quando l'aglio era introdotto in capsule di gelatina.

Analoghi risultati si ottennero con la cipolla, per cui si avevano quantità approssimativamente uguali sia che si mangiassero 2 grammi come per 20; di circa mg. 0,00002 dopo 4 ore, bene avvertibili con l'odorato. La quantità relativa di olî ottenuti con la cipolla e l'aglio è rispettivamente di 1 a 6, il che corrisponde a quella contenuta nei vegetali stessi, che è rispettivamente di mg. 4,9 e 19 per grammo.

Resta così dimostrato che l'odore è dovuto a particelle sia pure minime di olî che rimangono nella bocca.

Queste ricerche hanno anche un significato pratico, in quanto che spianano la via per trovare un metodo che impedisca il permanere dell'odore sgradevole. A nulla valgono, però, le lavature e spazzolature anche più accurate della bocca; anche il sapone o la soluzione di alcool al 30 % sono inefficaci.

Invece gli AA. hanno trovato molto utile la cloramina (paratoluol-sodio sulfoncloramide) di cui si discioglie una pastiglia da 30 cg. in 30 cmc. di acqua. Una buona risciacquatura della bocca con tale soluzione fa scomparire del tutto l'odore e rende negativa la ricerca degli olii essenziali nell'aria espirata.

A. Filippini.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

O. Löwenstein. *Die Störungen des Lichtreflexes der Pupille bei den luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems.* Editore Benno Schwabe-Basel. Prezzo Franchi Svizzeri 5.00.

È uno studio dettagliato della reflettività delle pupille agli stimoli luminosi negli individui sani ed in quelli affetti da lesioni luetiche del sistema nervoso centrale.

L'A. dimostra che le modificazioni di questo riflesso costituiscano i sintomi iniziali di tali affezioni, e quindi concorrano talvolta in modo sorprendente alla diagnosi precoce delle affezioni stesse.

L'argomento è trattato in modo esauriente.

Dr.

St. Odobleia. *La phonoscopie.* Vol. in-8° di pagg. 202. G. Doin & C., Paris, 1935, Fr. 30.

Scopo essenziale di questo libro è di far conoscere un nuovo metodo di esame: la fonoscopia, vera radioscopia sonora. Di grande valore pratico in semeiologia per la sua precisione, per la sua larga applicazione, per le sue indicazioni, essa è destinata infatti a rimpiazzare parecchi metodi e procedimenti attualmente classici.

L'A. cerca dapprima di stabilire su basi scientifiche, un'acustica semeiologica: nei quadri di una classificazione personale, egli fa infatti della questione uno studio sistematico, utilizzando tutti i dati sicuri ed indiscutibili

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

della fisica acustica, facendo continuamente delle applicazioni semeiotiche, sperimentando sempre. Pone così nuovi problemi (trasmissione complessa, inibizione della sonorità, permeabilità selettiva, ecc.) riuscendo anche a risolvere parecchi di essi.

Nell'ultima parte del libro trovasi infine una critica ed una messa a punto, basata sopratutto su argomenti acustici, della percussione e dei suoi numerosi procedimenti, del segno del soldo, dell'ascoltazione focale, della transonanza toracica, della fonendoscopia, dell'ascoltazione stetoscopica, dell'esplorazione fisica del fegato e del cuore, ecc.

L'opera contiene inoltre più di 100 esperienze originali di grande valore didattico e documentario. A. P.

L. CHIANDUSSI. *La lotta preventiva contro la tubercolosi.* Padova; Tip. « Messaggero », 1935, pag. 57.

Monografia di un forte cultore della medicina sociale fascista intesa nel senso più integrale. Con argomentazioni profonde egli sviluppa i capisaldi che dovrebbero essere realizzati per giungere alla completa vittoria nel problema tubercolare. Taluni di essi non costituiscono certo delle novità (ne abbiamo letto il pro e il contro in tante riviste), tal'altri meritano una maggiore penetrazione. Essi capisaldi sarebbero:

1° Estensione dell'obbligo di assicurazione a tutta la popolazione;

2° Assegnazione del compito di provvedere alla prevenzione della tbc. all'I.N.F.P.S.;

3° Abolizione dei consorzi provinciali antitub. ecc.

La lettura dell'opuscolo riesce utile a chi segue il movimento antitubercolare italiano.

MONTELEONE.

J. TARNEAUD. *Le nodule de la corde vocale.* Vol. di 150 pagg. con 24 fig. Pref. del prof. SEBILEAU. Maloine, édit., Paris, 1935.

L'A. con questo volume costituisce la prima monografia comparsa sul nodulo della corda vocale, monografia che non è una semplice rivista, sia pure completa, delle nostre conoscenze sull'argomento, ma frutto di lunghe osservazioni e di importanti ricerche confortate da controlli anatomici e radiografici.

I due capitoli sulla etiologia e sulla patogenesi sono particolarmente interessanti ed illustrano con larghi richiami di fisiologia e di fisiopatologia il concetto di Tarneaud, che il nodulo cioè è una malattia della fonazione. Le forme cliniche sia dal punto di vista anatomopatologico che della sintomatologia sono studiate successivamente con l'aiuto particolarmente prezioso dello stroboscopio; nella sintomatologia l'A. mette in rilievo le turbe funzionali della voce parlata e ancora più durante il canto. Per quanto riguarda la cura il trattamento ortofonico rappresenta la condizione essenziale di una guarigione definitiva che deve seguire ad ogni trattamento medico e chirurgico. M. SILVAGNI

Tubercolosi e lotta antitubercolare nella Provincia di Mantova. Un vol. in-4° di 300 pag. con tavole e fig. Tip. L'Artistica, Mantova, 1935.

Ampia e bella relazione, che investe anche varie questioni generali sulla mortalità e morbosità e che fa la storia della lotta antitubercolare in provincia di Mantova, già iniziatasi prima della costituzione del Consorzio e largamente sviluppatasi dopo, con la fondazione di Sanatori, Dispensari ed Istituzioni varie, che vengono qui accuratamente descritte nei loro impianti e nel loro funzionamento.

Il volume è dovuto all'attivissimo dott. M. Lodigiani, Direttore del Consorzio; vi hanno anche collaborato altri medici per alcune delle varie Istituzioni.

Fra i buoni risultati ottenuti, segnaliamo anche quello che la diminuzione della mortalità per tubercolosi è stata assai più rilevante nella provincia di Mantova che nel complesso del Regno. *fil.*

L. GUALDI. *Razzismo ed Eugenica.* Poligrafia R. Filipponi, Roma. Prezzo Lire 2.00.

In questo articolo, già pubblicato nella « Rassegna di morale e diritto » viene combattuta ad oltranza la politica demografica del nazismo. È una battuta polemica molto vivace. Quantunque la esposizione sia dominata da concetti aprioristici religiosi, è fatto uso conveniente ed abbondante di argomenti biologici con una dialettica convincente e con una forma letteraria molto brillante. L'A., in effetti, è cattolico, medico ed avvocato. DR.

Varietà mediche. Dieci opuscoli di circa 15 pag. ciascuno, con varie figure. Edito dalla « Casa Midy ».

La Casa Midy inizia con questa serie la sua Collezione di varietà mediche, affidando al prof. M. Cardini la trattazione di argomenti varî, riguardanti la storia della medicina. È un modo simpatico di attirare l'attenzione sui proprî prodotti ed ha anche il sicuro vantaggio che la *reclame* non si insinua fra le pieghe di un articolo dal titolo scientifico e rimane del tutto estranea alla trattazione.

I singoli argomenti trattati riguardano: L'organoterapia nella storia nell'empirismo popolare; Costumi, pompe e guadagni di medici di altri tempi; Il salasso; Astrologia e medicina; Il serpe nella storia della medicina, ecc. Tutti si leggono col massimo interesse e con grande curiosità. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Angina monocitica sintomatica.

Il problema clinico dell'angina agranulocitica si presenta interessante per le varie modalità cliniche non sempre tipiche con cui la malattia si manifesta, tali da potere sconfinare verso altri concetti nosologici, mentre è sempre circondata dal mistero l'eziologia.

G. Ferraris (*Il Valsalva*, luglio 1935) ne riferisce un caso di un uomo di 51 anni il quale, un paio di settimane dopo avere avuto una piccola raccolta paradentaria fetida, accusò mal di gola e febbre. Infiltrazione del velo, rinolalia, disfagia; un'incisione del velo non portò alcun sollievo. Punti necrotici sulle tonsille, notevole infiltrazione ghiandolare; condizioni generali aggravantisi. All'esame del sangue, 1.800.000 emazie, 2800 leucociti, di cui soltanto 3,6 % polinucleari neutrofili. Stato subitterico, morte.

L'A. interpreta tale malattia come forma sintomatica di una mielosi subacuta aplastica mista. Descrive e discute l'angina agranulocitica e mette in rilievo che nel caso da lui osservato le alterazioni necrotiche non erano dovute ad infiltrato leucemico, nonchè il fatto che esse poterono risolvere e guarire nonostante le gravi alterazioni ematiche in atto, che portarono a morte il paziente. Egli dà anche grande importanza alla pregressa affezione paradentaria, riferendosi a precedenti osservazioni personali ed avanzando l'ipotesi che un'infezione di origine buccale abbia la proprietà di colpire elettivamente il midollo emopoietico e di realizzare le varie sindromi mielosiche. *fil.*

Anemia aplastica e trattamento con nucleotidi di pentosio.

J. Mac Donald Holmes (*Lancet*, 13 luglio 1935) riferisce su due casi di anemia aplastica; in uno di questi la sindrome si è manifestata in seguito a cura arsenobenzolica; nell'altra la malattia era, almeno apparentemente, primaria.

Dati i frequenti successi del trattamento con nucleotidi di pentosio (pentnucleotide) nelle agranulocitosi, l'A. ha tentato tale trattamento anche nei suoi casi, associandovi frequenti trasfusioni sanguigne, nella speranza di supplire anche al difetto della serie rossa.

Tutti i due casi ebbero però esito letale, sopravvenuto dopo 10-14 giorni di osservazione; il numero dei granulociti è andato costantemente diminuendo a malgrado la costante somministrazione di pentnucleotide.

L'autopsia in ambedue i casi ha rivelato una completa aplasia del midollo emopoietico. Partendo da tale costatazione l'A. fa osservare come nel maggior numero dei casi di agranulocitosi l'affezione è da attribuirsi ad un « arresto di maturazione » dei granulociti; nei casi del genere si osserva anzi un'iperplasia degli elementi del midollo da cui discende la serie granulocitica; di solito non vi si associa anemia, se non di modica entità. Ora, l'insuccesso osservato nei casi dell'A. è evidentemente dovuto all'aplasia midollare; e sarebbe logico ammettere che quando la pentnucleotide fallisce anche nei casi di agranulocitosi isolata (come nei casi di Fairley, Blackie ed altri), quest'ultima appartiene alla varietà aplastica e non quella iperplastica — che è la più comune ad osservarsi. S. MINZ.

Alcune direttive nel trattamento delle anemie.

Vengono formulate da K. A. Seggel della clinica di Morawitz (*Mediz. Welt*, 10 agosto 1935). Quali criteri per l'indicazione della terapia e valutazione dei risultati di questa dovrebbero secondo l'A. servire: *a*) il numero delle emazie, *b*) contenuto emoglobinico di una data quantità di sangue e *c*) il rapporto fra il volume delle emazie e il plasma di una certa quantità di sangue; tale rapporto viene determinato coll'ematocrito, di cui l'A. descrive alcuni modelli. Mediante questi dati viene calcolato l'indice emoglobinico — I.E. =

$$\frac{\text{Hb. in \% rispetto alla norma}}{\text{numero delle emazie in \% rispetto alla norma}};$$

un altro indice sarebbe quello del volume — I.V. =

$$\frac{\text{volume delle emazie in \% rispetto alla norma}}{\text{numero delle emazie in \% rispetto alla norma}}.$$

Infine l'A. propone l'uso di un terzo indice che egli denomina indice di saturazione — I.S. =

$$\frac{\text{Hb. in \% rispetto alla norma}}{\text{volume delle emazie in \% rispetto alla norma}},$$

e che si ricava pure dividendo l'I.E. per l'I.V. (È da notare come l'indice emoglobinico dell'A. non è da confondersi col valore globulare che si riferisce alla singola emazia).

L'A. richiama l'attenzione sul fatto che l'abbassamento dell'indice di saturazione si osserva in molte forme anemiche, che costituiscono le anemie ipocromiche; esso invece non è mai superiore alla norma il che dimostra che la saturazione emoglobinica del globulo rosso nell'individuo normale è perfetta. Nei casi di anemia perniciosa l'indice emoglobinico diventa più alto in stretta proporzione all'indice volumetrico; non si può quindi parlare di anemia ipercromica, bensì di anemia macrocitica; tale osservazione è dell'A. americano Wintro-

be, del quale l'A. accetta anche lo schema terapeutico.

Secondo questo, l'indicazione principale della terapia epatica è sempre costituita dalle anemie macrocitiche; va però notato che l'anemia perniciosa non sempre si presenta sotto forma macrocitica (per il compenso dovuto a grande quantità di microciti); d'altra parte il trattamento col fegato non è sempre sufficiente per ristabilire completamente la normalità della facies ematologica. Lo stesso Murphy ha notato che in qualche soggetto (secondo l'A. in un terzo dei casi) l'epatoterapia non riesce a portare il numero delle emazie al disopra di 3-4 milioni; nei casi del genere è opportuno ricorrere alla terapia combinata associando anche la somministrazione di preparati gastrici, dell'ac. arsenioso (0,1-0,5 cmc. in soluzione a 1 % in dosi crescenti) e del ferro. Talvolta ottimi servizi vengono resi dalla trasfusione sanguigna, specie nei casi che giungono in istato di una certa gravità.

Nell'anemia non macrocitica il ferro costituisce il medicamento principe. È probabile, ma non sicuro, che l'associazione di preparati epatici sia utile; però, a differenza di ciò che succede nell'anemia perniciosa, gli estratti epatici si dimostrano in questi casi molto più attivi per via parenterale che non per os; soltanto il fegato totale riesce attivo per quest'ultima via. È da preferirsi l'associazione della trasfusione colla terapia ferrica.

Finalmente l'A. richiama l'attenzione sulle crisi reticolocitiche, quale indice di fortunato intervento terapeutico; esse possono essere osservate nelle anemie macro- micro- e normocitiche e costituiscono un testimonio del successo molto più sicuro che non i valori numerici della sindrome ematica. S. MINZ.

Rapporti dell'anemia e dell'angina di petto.

L'associazione angina pectoris-anemia è relativamente rara, senza costituire purtuttavia una curiosità clinica.

Per lo più l'anemia non rappresenta che una circostanza che favorisce l'angina pectoris, in quanto l'ammalato presenta in genere un'alterazione delle coronarie, dell'aorta o una dilatazione cardiaca, che si constata abitualmente nelle angine organiche. Eccezionalmente l'anemia è il solo agente etiologico dell'angina pectoris. In questo caso il meccanismo probabile della sua azione sembra che sia una ischemia qualitativa o una dilatazione cardiaca, frequente nell'anemia.

Tali sono le conclusioni a cui giungono C. Lian e P. Marchandise (*Revue Belge des Sciences Médicales*, n. 7, 1935), prendendo lo spunto da alcune osservazioni cliniche personali.

M. NUNBERG.

SEMEIOTICA

Il valore del rantolo crepitante nella tubercolosi polmonare.

A. Yusset (*La Presse Médicale*, 31 agosto 1935) richiama l'attenzione sul grande valore per la diagnosi delle congestioni e specialmente della congestione tbc. di questo piccolo rumore avventizio umido, che risulta dallo scollamento delle pareti alveolari. Il rantolo crepitante nella tbc. ha caratteri particolari: è costituito da rumori ineguali e discontinui (scollamento di alveoli disuguali), ciò che lo differenzia dal rantolo crepitante originale puro, costituito da rumori fini, uguali, continui. Il rantolo crepitante all'apice si ascolta durante i colpi di tosse (fuoriuscita dell'aria che distende l'alveolo), alla base alla fine dell'inspirazione. Il rantolo crepitante cronico è sempre indice di evoluzione: bisogna diffidare dunque del rantolo crepitante e di ogni crepitazione, anche se apiretica.

M. NUNBERG.

VARIA

L'azione emostatica del latte di donna.

Il processo della coagulazione del sangue avviene per trasformazione del fibrinogeno in fibrina per azione della trombina attiva, che non preesiste come tale nel sangue: il citozima che si libera dalle piastrine e dal succo dei tessuti si unisce all'antiprotrombina (eparina) eliminando la sua influenza nel complesso eparina-protrombina e liberando così la protrombina; il citozima e la protrombina in presenza di sali di calcio formano la trombina attiva (fibrinfermento).

L. Lindenfeld (*La Presse Médicale*, 24 agosto 1935), mescolando latte di donna con sangue venoso umano raccolto in tubi paraffinati, ha notato una notevole accelerazione della coagulazione. Una serie di esperimenti in vitro ha dimostrato che il latte di donna agisce come citozima: l'azione emostatica del latte di donna è dunque strettamente fisiologica. In vitro l'azione accelerante è più efficace di quella del coaguleno e del clanden.

In clinica l'A. ha constatato in tre casi di prostatectomia transvescicale l'azione fortemente emostatica del latte di donna, che sembra ugualmente efficace nei casi di emorragie nel corso di malattie o d'interventi rinolaringoiatrici.

L'A. ritiene che il latte di donna, sia il latte intero che il principio attivo che spera di poter isolare, debba trovare larga applicazione in clinica come emostatico locale fisiologico.

M. NUNBERG.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture.

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Pesaro 30 settembre; Aosta 1 ottobre; Bolzano 10 ottobre; Messina 15 ottobre.

BARI. — La Cassa Mutua Malattie per i lavoratori agricoli della Provincia di Bari, ha indetto un concorso per titoli a un posto di Medico-Chirurgo fiduciario presso la sua sede in Bari. L'onorario annuo è di L. 8500. Scad. 30 sett. Gli interessati potranno prendere visione del bando di concorso, nonchè del relativo capitolato, presso la sede della Cassa Mutua Malattie in Bari, Corso Vittorio Emanuele 30, Bari.

BRESCIA. *Opere Pie Raggruppate, Ospedale dei Bambini « Umberto I » ed Istituti Rachitici.* — Concorso, per titoli ed esami, ai posti di Medico Assistente per il Reparto Medico - Medico Assistente per il Reparto Chirurgico, retribuiti con l'assegno annuo lordo di L. 4500 non aumentabile periodicamente, con la quota del 5 per cento sui proventi dei degenti pensionati e con l'indennità di L. 25 oltre al vitto per ogni giorno di guardia. Stipendio, indennità e percentuali sono soggetti alle deduzioni e trattenute di legge. I Medici assistenti potranno essere iscritti, dietro loro domanda, alla Cassa di Previdenza dei Sanitari. Il concorso si chiude alle ore 17 del giorno 10 ottobre 1935. Tassa L. 50; età limite anni 40. Per le altre condizioni chiedere bando alla Segreteria.

CAGLIARI. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Posto di medico aiuto. Stipendio L. 12.000 e 3 quinquenni dec., oltre L. 3500 servizio attivo. Scadenza 30 settembre 1935. Rivolgersi alla Segreteria.

FANO. — (Vedere PESARO).

FRASCATI (*Roma*). *Ospedale S. Sebastiano M.* — Il termine utile per la definitiva presentazione delle domande e documenti di concorso al posto di Chirurgo Primario nel predetto ospedale di cui il bando del 14 agosto è prorogato al 14 ottobre 1935.

GARBAGNATE MILANESE. (*Milano*). *Sanatorio Vittorio Emanuele III.* — Posto di medico primario specialista, con stipendio annuo di L. 7850, oltre L. 2500 per indennità di trasferta, al lordo di tutte le trattenute di legge. Età massima anni 40, salvo eccez. di legge. Tassa di concorso L. 50.

— Posto di Medico assistente interno. Stipendio annuo L. 6100 lorde, oltre L. 1500 lorde per indennità di residenza, più L. 20, nette, per ogni giornata di servizio di guardia. Età massima anni 35 salvo eccez. di legge. Tassa concorso L. 50.

Scadenza per ambedue i posti, 30 settembre 1935.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Chirurgo primario ostetrico-ginecologo; per titoli ed eventualmente per esami; nomina per 5 anni, conferme di 3 anni; sei anni di laurea; tassa L. 50. Scad. 31 ottobre, ore 17. Chiedere avviso alla Segreteria (corso Roma).

LAGOSTA. — (Vedere ZARA).

LENDINARA. — (Vedere ROVIGO).

MESSINA. *R. Prefettura.* — Posti di Ufficiale Sanitario nei seguenti comuni: CAPO D'ORLANDO, stipendio L. 2000; CARONIA, stipendio L. 5000; CASTROREALE, stipendio L. 2000; GIOIOSA MAREA, stipendio L. 5000; NASO, stipendio L. 2000; SAN FRATELLO, stipendio L. 4000. Per tutti scadenza 15 ottobre 1935.

MESSINA. *R. Prefettura.* — Concorso, per titoli ed esami, ai seguenti posti di Medico condotto: CONDRÒ, stipendio 9000; FORZA D'AGRÒ, stipendio L. 9000; MONGIUFFIMELIA, stipendio L. 9000; MONTAGNAREALE, stipendio L. 8000; NASO (prima e seconda condotta), stipendio L. 8000; PATTI (seconda e terza condotta), stipendio L. 8000; PIRAINO, stipendio L. 8000; ROCCALUMERA (per la *frazione* Nizza Sicula), stipendio L. 8000; SANTA TERESA RIVA (per la *fraz.* Sávoca e Casalvecchio), seconda e terza condotta; stipendio L. 9000; TUSA (*capoluogo*), stipendio L. 9000. Per tutti i posti scadenza 15 ottobre 1935.

MILANO. — Scad. 30 sett. Concorsi per titoli al posto di Dirigente della Sezione di Odontojatria e Chirurgia della bocca presso l'*Opera Pia Poliambulanza delle Specialità Medico-Chirurgiche « Giuseppe Ronzoni »*. La prestazione sarà gratuita per gli ammalati poveri e compensata con la partecipazione all'utile netto della Sezione per la cura degli ammalati solventi, secondo le modalità fissate dal vigente Regolamento Organico Generale dell'Opera Pia. Età massima anni 45 s. e. l. Chiedere notizie alla presidenza dell'Opera Pia (Milano, via Conca del Naviglio 45).

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Concorso, per titoli, al posto di Primario Chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde del 12 % e delle altre ritenute come per legge); compartecipazione del 40 % dei proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40 salvo le eccezioni di legge. Sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche Universitarie od Ospedali di almeno 500 letti. Laurea conseguita da almeno 10 anni. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 20 ottobre 1935-XIII. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Nardò.

PESARO. *R. Prefettura.* — Posto di Ufficiale Sanitario per FANO. Stipendio annuo lorde L. 7800; indennità per servizio attivo L. 900 lorde; più caroviveri. Domanda e documenti alla R. Prefettura. Scadenza 30 settembre 1935.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Posti di medici civili per le colonie: per la *Libia*, stipendio mensile L. 1600; per l'*Eritrea*, stipendio mensile L. 2000; per la *Somalia*, stipendio mensile L. 2500. Età massima anni 35 salvo eccezioni di legge.

ROMA. *Amministraz. Provinciale.* — Scad. 31 ottobre; due medici primari di 2ª classe presso gli Istituti Psichiatrici della Provincia. Rivolgersi agli uffici dell'Amministraz. Provinc., via IV Novembre 119-A, Roma.

ROVIGO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posto di Medico Direttore della Sezione dispensariale di LENDINARA. Stipendio lorde L. 3000 annue. Età massima anni 40 salvo eccez. di legge. Tassa di concorso L. 50. Scadenza 20 ottobre 1935.

Saluzzo (*Cuneo*). *R. Ospedale Civile*. — Al 30 settembre, assistente interno di chirurgia; rivolgersi alla Segreteria.

Sondrio. *R. Prefettura*. — Scad. 31 ottobre, ore 18; direttore della Sezione med.-micrograf. del Laboratorio provinc. d'igiene e profilassi; titoli ed esami; L. 15.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att. Rivolgersi all'Ufficio sanitario provinciale.

Zara. *R. Prefettura*. — Scad. 11 novembre; medico condotto per Lagosta; ab. 1864; stip. L. 12.000, 4 quadrienni di L. 700 e 4 di L. 800, oltre L. 600 funzioni di uff. san. e L. 200 funzioni di veterinario.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Francesco Giugni, medico primario all'Ospedale di Lugo, è stato di recente promosso tenente colonnello medico.

Il dott. Jamer Tate Mason è stato eletto presidente dell'Associazione Medica Americana.

Il maggiore generale medico Charles R. Reynolds è nominato direttore di Sanità dell'Esercito degli Stati Uniti d'America.

Il dott. Mario J. del Carril è nominato presidente della Società Argentina di Pediatria.

Il dott. Raúl F. Vaccarezza è nominato presidente della Società Argentina di Tisiologia.

☛ Utilissimo ad ogni Medico:

Il Diritto Pubblico Sanitario

Periodico mensile di legislazione e giurisprudenza

Direttori:

On. dott. **Aristide Carapelle,** Consigliere di Stato.
Avv. **Giovanni Selvaggi,** Esercente in Cassazione

Editori **Fratelli Pozzi — Roma**

Il Numero 8 (Agosto 1935) contiene:

Presentazione dei documenti nel caso in cui si partecipi a più concorsi.

Note Sintetiche: **La vigilanza igienica sanitaria sugli alberghi.**

Rassegna di Giurisprudenza. — Ricetta medica; falsità. — Concorso; procedimento illegale. — Concorso; revoca del bando; illegittimità. — Concorso singolo per condotta comunale; norme applicabili. — Concorsi; effetti dell'annullamento; revoca del bando. — Concorsi; atti preparatori e definitivi; termine; titolo di iscrizione al P. N. F.; efficacia. — Concorsi ospedalieri; condizioni di ammissione; precedente servizio di ruolo. — Primario ospedaliero; prova; stabilità. — La motivazione del licenziamento per fine del periodo di prova. — Ufficiale sanitario; è pubblico ufficiale. — Dentisti abilitati; compensi professionali. — Esercizio abusivo odontoiatra. — Odontotecnici; regolamento 1928; legittimità. — Infortunio; spese di cura. — Aborto di donna consenziente; concorso nel delitto di aborto procuratosi dalla donna; differenze.

Leggi e Atti del Governo. — Spedalità dei cittadini italiani in Colonia e dei sudditi coloniali nel Regno. — Vigilanza sull'igiene degli alberghi. — Norme per la trasfusione di sangue. — Nuova disciplina giuridica dell'esercizio delle professioni sanitarie

Prezzo del suddetto numero separato L. **5**

N. B. - L'abbonamento ai dodici Numeri del 1935 costa L. **36**, ma agli associati al « Policlinico » è concesso per sole L. **30**, che vanno inviate, mediante Vaglia Postale o Bancario, all'Amministrazione del « Diritto Pubblico Sanitario » (Editori Fratelli Pozzi), Via Sistina 14, Roma. *Al ricevimento dell'importo verranno spediti subito tutti i Numeri già pubblicati dal Gennaio.*

NOTIZIE DIVERSE

Disciplina di manifestazioni culturali.

Il Consiglio dei Ministri, nell'ultima adunanza, ha tra l'altro approvato uno schema di decreto-legge recante norme per la disciplina dei congressi da tenersi nel Regno, degli interventi ufficiali ai congressi internazionali all'estero, delle pubbliche manifestazioni di scienza, intellettualità, beneficenza, sport, delle commemorazioni ed onoranze.

Il provvedimento, mentre coordina in testo unico le disposizioni vigenti nella materia, stabilisce la compilazione del calendario ufficiale dei congressi da tenersi nel Regno in ciascun anno, e regola la costituzione, nonchè l'attività delle delegazioni italiane nei congressi internazionali al fine di assicurare l'efficace diffusione del pensiero italiano all'estero. Il provvedimento disciplina inoltre le altre manifestazioni di arte e di intellettualità inquadrandone lo svolgimento nell'ordinamento sindacale e corporativo.

Le Mostre Sanitarie all'Archiginnasio di Bologna.

A fianco dei Congressi Medici che, nell'ottobre prossimo, richiameranno a Bologna molti studiosi, si apriranno all'Archiginnasio le Mostre Sanitarie, alle quali, per numero di adesioni e importanza di produzione, è assicurato il successo.

Queste Mostre si inaugurano nella più felice delle condizioni e, mentre la gran massa dei medici, affluita per l'occasione a Bologna, avrà la possibilità di constatare i notevoli progressi conseguiti in ogni campo dell'assistenza terapeutica, industriali e fabbricanti potranno contare su di un eccezionale pubblico di visitatori e competenti.

Le Mostre Sanitarie saranno distribuite con criteri razionali. Il piano terreno e il cortile dell'Archiginnasio, accoglieranno la Mostra del materiale e dell'arredamento ospitaliero, la rassegna dei ferri chirurgici, dei letti operatori e del materiale radiologico: un complesso che varrà a dimostrare i progressi conseguiti dall'Italia in regime fascista. Nel detto piano terreno si apriranno gli uffici di Segreteria ed informativi per i congressisti.

Nel piano superiore figureranno le Mostre delle specialità farmaceutiche, negli stessi loggiati a traverso i quali si accederà alle aule dei Congressi.

Per formale invito del Ministero delle Finanze, l'Archiginnasio ospiterà per la prima volta una Mostra delle Terme Italiane.

Una mostra speciale concernerà, come abbiamo già detto, i libri e le riviste di medicina.

La Mostra Sanitaria costituirà un potente richiamo per i visitatori e integrerà efficacemente quei Congressi medici, la cui importanza già si delinea in tutta la sua complessità.

Commemorazione di Filippo Civinini, Filippo Pacini e Atto Tigri.

Il 29 settembre Pistoia renderà solenni onoranze ai suoi tre gloriosi figli Filippo Civinini, Filippo Pacini e Atto Tigri che illustrarono le cattedre di Anatomia nelle Università di Pisa, Firenze, Siena nel corso del secolo XIX.

Le loro salme sono state ora ricondotte nella città natale e deposte nella Chiesa dell'Ospedale del Ceppo, presso l'antica Scuola Medica Pistoiese, dove essi appresero le mediche discipline. Una lapide posta sul comune loro sepolcreto ne ricorderà i nomi e le effigi.

Il discorso commemorativo sarà tenuto dal prof. Luigi Castaldi.

Nell'occasione l'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » terrà la sua riunione annuale presso le RR. Terme di Montecatini; il prof. Zalla, di Firenze, tratterà il tema « Parckinsonismo post-encefalitico e cura Bulgara »: seguiranno comunicazioni dei proff. Rondoni, Pisani e Messini.

Avranno luogo un ricevimento al Municipio, una colazione e un tè offerti dalle RR. Terme di Montecatini.

Presidente del Comitato è il Commissario Prefettizio del Comune di Pistoia dott. Luigi Farina, al quale vanno dirette le adesioni.

Un po' dovunque.

Si è svolto a Berlino il 1° Congresso internazionale di studi sulle popolazioni; vi hanno partecipato attivamente i delegati italiani: F. Sarvognan, on. C. A. Biggini, Bottara, Gini, Livi, Tappi, Parenti ed altri. Le provvidenze del Regime Fascista in favore dello sviluppo demografico della Nazione vennero sagacemente illustrate.

Si è costituita a Roma l'Associazione Italiana di Marconiterapia, quale Sezione della Società Italiana di Radiologia Medica; scopo di essa è di promuovere e coordinare gli studi sulle onde corte. La presidenza onoraria è stata offerta a S. E. Marconi; il Consiglio direttivo è composto dei proff. V. Maragliano presidente, G. Palmieri vice-presidente e A. Vallebona segretario.

Dal 3 al 6 ottobre si terrà a Breslavia un congresso generale tedesco per la psicoterapia. Rivolgersi al Dr. Curtins, Am Buchenbaum 8, Duisburg; oppure al Dr. Hausdörfer, Psyschiatrische Klinik, Breslau (Germania).

Il 6° Congresso internazionale di entomotologia si è tenuto a Madrid dal 6 al 12 settembre, sotto la presidenza del prof. Ignacio Bolívar.

Il 4° Congresso dentario nazionale belga si è svolto a Bruxelles dall'1 al 6 agosto. La seduta inaugurale ebbe luogo nel palazzo delle Accademie, sotto la presidenza del ministro dell'interno e dell'igiene; la conferenza inaugurale fu pronunziata dal dott. Watry, direttore dell'Istituto Eastman. I lavori hanno avuto luogo in questo Istituto.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata il 25 giugno e il 2 luglio, sotto la presidenza del prof. Raverdino. Sono state fatte comunicazioni da: C. De Toni, M. Lusena; F. Petrò, M. Lusena.

Dal 7 al 9 settembre si è tenuto un convegno di tisiologi italiani, francesi e svizzeri organizzato dalla Società medica di Passy (Alta Savoia); si è concluso a Sanchelmotz. Il prof. M. Donati (Milano) ha svolto un'ampia relazione sugli « ascessi del polmone »; il prof. Parodi, direttore del sanatorio di Camerlata, ha riferito sulle « toracoplastiche » con l'apporto di nuove originarie vedute ed il prof. Finzi (Torino) ha parlato sulle « esotubercoline diagnostiche » e sulle « esotubercoline spente ».

Il prof. M. Donati ha inaugurato, a Pietraligure, un corso teorico-pratico sulla tubercolosi osteo-articolare e sulla elioterapia, organizzato dal prof. R. Zanoli; ha trattato il tema « La chirurgia nella tubercolosi osteo-articolare».

Un corso di cultura medica si svolge presso le RR. Terme di Salsomaggiore dal 15 settembre al 4 ottobre; consta di 30 lezioni.

Il prof. Lawrence, dell'Università di San Francisco (California), è riuscito a conferire la radioattività a varie sostanze comuni, in particolare al cloruro sodico, per mezzo del bombardamento atomico, con una corrente elettrica ad altissimo potenziale; la proprietà dura poco, ma permette di estendere largamente l'impiego della radioattività.

Il numero d'individui uccisi dalla malaria a Ceylon nel corso di sette mesi è valutato in più di 80.000; il numero dei colpiti in circa mezzo milione. L'epidemia è ora in via di scomparsa.

Il 10 luglio S. A. R. la Principessa di Piemonte visitò l'Istituto Pasteur di Parigi, in occasione del 50° anniversario della prima cura antirabbica. Venne ricevuta dal direttore dott. L. Martin e da una trentina di addetti all'Istituto, che fecero un'accoglienza simpaticissima all'augusta ospite. Fra i presenti era l'alsaziano Giuseppe Meister, che 50 anni or sono, ragazzo, morsicato da un cane, fu il primo soggetto su cui Pasteur tentò l'iniezione del vaccino, prima sperimentato solo negli animali; ora egli conta 65 anni e fa parte del personale dell'Istituto.

A quanto riferisce il giornale medico « Acción sindical » di Montevideo, il 1° luglio venne inaugurato, in quella città, il « Centro d'assistenza », creato dal Sindacato professionale e destinato a realizzare le cure ai mutualisti; è stato lungamente studiato ed è sostenuto da tutto il corpo medico; svolge la sua azione sul terreno dell'economia corporativa e persegue un'opera moralizzatrice, che è « il patrimonio più caro del Sindacato medico ».

Gli « Archives of Disease in Childhood » hanno consacrato il numero di agosto a Sir Thomas Barlow, che il 4 settembre ha compiuto il suo 90° anno. Tra l'altro, viene riprodotta la nota originale in cui, 52 anni or sono, Barlow descrisse il morbo che ne porta il nome.

L'Unione internazionale contro la tubercolosi ha deciso di onorare degnamente Léon Bernard, il compianto grande tisiologo francese, ed a tale scopo ha nominato un Comitato, chiamando alla presidenza effettiva di esso l'on. prof. Raffaele Paolucci; del Comitato fa parte, per l'Italia, il prof. Federigo Bocchetti.

In Germania si è decretato che tutti i medici esercenti debbano compiere, ogni quinquennio, un corso obbligatorio di perfezionamento della durata di tre settimane. I primi medici sottomessi a questa disposizione saranno quelli delle città con meno di 150.000 abitanti.

Per iniziativa del podestà di Civitanova Marche, è stata consegnata una medaglia d'oro di benemerenza al dott. Marco Attilio Zuppoli, medico condotto del comune da circa 50 anni.

Tale Giacomo Mattozzi venne processato e condannato dal Pretore di Portocivitanova per esercizio abusivo dell'arte sanitaria (art. 348 del Codice penale) e la sentenza fu confermata dal Tribunale di Macerata, che ridusse, però, la pena a 1000 lire di multa. Il Mattozzi ricorse in Cassazione. Ma la Suprema Corte ha respinto il ricorso.

La Confederazione dei Sindacati medici francesi ha costituito una « Commissione ospedaliera » incaricata di studiare l'ammissione dei malati negli ospedali, questione grave e scottante, disastrosa in risultati sia per i medici che per i comuni e non di rado per i malati economicamente deboli.

« La Clinica Chirurgica », con la collaborazione della C.I.T. si è fatta promotrice di un viaggio scientifico-turistico per gli studiosi che desiderino recarsi al Congresso della Società Internazionale di Chirurgia al Cairo.

A titolo informativo si comunica che il costo del viaggio, dal 28 dicembre 1935 al 14 gennaio 1936-XIV, comprendente passaggio marittimo in II classe, vitto, alloggio, escursioni ecc. ecc., è di Lit. 3.350 a persona.

La redazione della Rivista (via Ausonio 22, Milano) si tiene a disposizione per l'invio del programma dettagliato, facendo altresì presente che, su richiesta, sarà indicato anche il costo del viaggio dalla città di partenza al porto italiano d'imbarco e viceversa.

« Il Messaggero » del 17 settembre reca:

Il dott. Roberto Hackmann, capo dell'ospedale americano ad Addis Abeba, sta preparandosi a partire per il fronte entro pochi giorni, per prendere il comando della prima unità medica da campo. Egli porta con sè cinquanta giovani abissini che vengono istruiti come infermieri, e altri cinque europei, se essi potranno ottenere il permesso dalle rispettive Legazioni.

Il Governo abissino darà loro trecento muli e cinquanta portatori, per impiantare un ospedale da campo, probabilmente nelle montagne a sud di Adua.

Il prof. FILIPPO RHO, generale medico della Riserva Navale, spentosi a 79 anni, lascia una traccia duratura in varî campi.

Fu il Rho ad instaurare presso di noi gli studi di medicina coloniale, dopo che, nei suoi lunghi viaggi, aveva potuto riconoscere l'importanza di questo campo di osservazioni e di ricerche. Nel 1897 pubblicò un trattato italiano di medicina tropicale; collaborò poi nel trattato di Mense, e provvide anche a tradurlo in italiano, col Bertarelli. Molta parte della sua produzione concernette la patologia dei paesi caldi; ancora di recente redasse col Castellani, che lo ebbe amico cordialissimo, la Sezione delle malattie protozoarie e da spironemi nel Trattato italiano di medicina interna; gli dobbiamo anche varî articoli di patologia esotica per l'Enciclopedia Treccani. Agli studi italiani di medicina navale e coloniale egli offrì un organo degno, negli Annali, che si pubblicano dal 1896.

Nel campo dell'igiene applicata il Rho ha svolto opera preziosa; col Calcagno introdusse le vaccinazioni antitifiche durante la guerra libica; la profilassi antivenerea attuata dal 1913 nella R. Marina ha conseguito un pieno successo, tanto che venne adottata anche nel R. Esercito; la profilassi chininica della malaria ebbe in lui un apostolo fervente. Ha recato anche contributi scientifici di valore; così precorse Sanarelli, Calmette e Cummings nella concezione dell'eredo-immunità della tubercolosi, che allora pareva un'eresia scientifica.

Era di animo elevato, di sentire rettissimo.

A. P.

Registriamo con profondo rammarico la perdita di MARIANO LUIGI PATRIZI. Dell'illustre fisiologo ci occuperemo in un prossimo numero.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 26 agosto al 1° settembre: Morbillo 147 (388); Scarlattina 114 (228); Pertosse 79 (192); Varicella 36 (51); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 422 (1024); Infezioni paratifiche 117 (161); Febbre ondulante 28 (31); Dissenteria 12 (21); Difterite e croup 161 (288); Meningite cerebro-spinale epidemica 3 (3); Poliomielite anteriore acuta 14 (20); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 6 (12); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 38 (47); dichiarata — (—); Pustola maligna 38 (45).

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 30 Settembre 1935 - XIII Num. 39

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE D'IVREA
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal Prof. C. F. BIANCHETTI

La cura dell'occlusione intestinale post-operatoria con la prostigmina.

Dott. ELVIO PESCARMONA, assistente

L'occlusione intestinale paralitica, che insorge con relativa frequenza dopo importanti interventi operatori, specie dell'addome, si manifesta con abbassamento e talora con sospensione del tono e dell'attività peristaltica dell'intestino, con arresto completo del circolo fecale. In conseguenza di ciò si verifica una abnorme distensione della parete intestinale con alterazione del potere di secrezione e di assorbimento dell'intestino stesso, con meteorismo dovuto alla facile decomposizione del materiale fecale ristagnante e con produzione di sostanze fortemente tossiche per l'organismo.

A seconda del grado dell'occlusione, possiamo distinguere una forma leggera (atonia semplice), una forma media (paresi), una forma grave (paralisi).

L'atonia può, in singoli casi, accompagnarsi con lo spasmo e talvolta essere da questo preceduta; alla contrazione spastica che di solito si produce dopo un trauma, segue di regola un abbassamento del tono intestinale che può condurre alla paresi ed alla paralisi ed anche traumi di piccola entità sono sufficienti a provocare il fenomeno colle sue manifestazioni più gravi, come avviene appunto qualche volta dopo atti operatori in cui il trauma dell'intestino è stato con ogni cura ridotto al minimo.

Rare sono le forme spastiche postoperatorie, in confronto delle forme atoniche, tuttavia Braun ricorda un caso di enterospasmo dopo operazione sullo stomaco e cita pure qualche caso osservato da Barth e da Burge dopo operazioni ginecologiche e da Korte dopo gastroenterostomia; anche Morone ha illustrato un caso di enterospasmo generalizzato, osservato da Tansini.

La forma atonica o paralitica è dunque la più frequente dopo gli atti operativi.

Quì, entrano in gioco essenzialmente, come fattori eziologici, gli stimoli provocati dalla

manipolazione dell'intestino, ed in particolare del peritoneo viscerale e parietale. Qualche Autore sostiene che anche il raffreddamento ed il disseccamento dell'intestino che avvengono durante gli interventi, esercitano un'influenza innegabile. Altri ancora darebbero importanza allo zaffamento e ad eventuali emorragie.

Logicamente io credo che non si debba essere assolutisti in proposito, e che si debba riconoscere a tutti questi fattori eziologici una certa importanza potendo, a seconda dei casi, essere in causa ora questo, ora quello.

La paralisi, una volta prodotta, può assumere grande estensione, interessando talvolta anche la parte alta del tubo digerente, fino ad associarsi nei casi più gravi alla dilatazione acuta dello stomaco.

L'attività motoria dell'intestino, è provocata da stimoli che partono dalla mucosa, i quali determinano una serie di riflessi che seguono la via dei plessi nervosi intrinseci, sottomucoso di Meisner e mienterico di Auerbach: l'attività di questi apparati nervosi intrinseci, è regolata da vie e sistemi nervosi extraintestinali, rappresentati dal vago (via di connessione principale del sistema autonomo craniale), e dal simpatico propriamente detto (sistema autonomo toraco-lombare), per mezzo dei nervi splancnici, e dei gangli addominali. Essi regolano per via riflessa non solo i movimenti peristaltici e pendolari, ma anche il tono, la circolazione e la secrezione intestinale.

L'intestino riceve impulsi antagonisti rispettivamente dai due sistemi, vago e simpatico p. d.

Numerose esperienze dimostrano che la stimolazione del vago provoca dopo una breve inibizione un aumento dei movimenti intestinali; invece la sezione del vago, non produce modificazioni notevoli della motilità.

L'azione del vago per l'intestino sarebbe essenzialmente motrice, antagonista a quella del simpatico che sarebbe inibitrice, infatti la stimolazione del nervo splancnico, provoca l'arresto di ogni movimento peristaltico e pendolare, ed abbassa il tono della muscolatura intestinale; questa inibizione cessa dopo il taglio bilaterale dello splancnico.

La stimolazione meccanica di un'ansa intestinale, o del peritoneo parietale, provoca pure, per la stessa via del simpatico, inibizione della motilità intestinale.

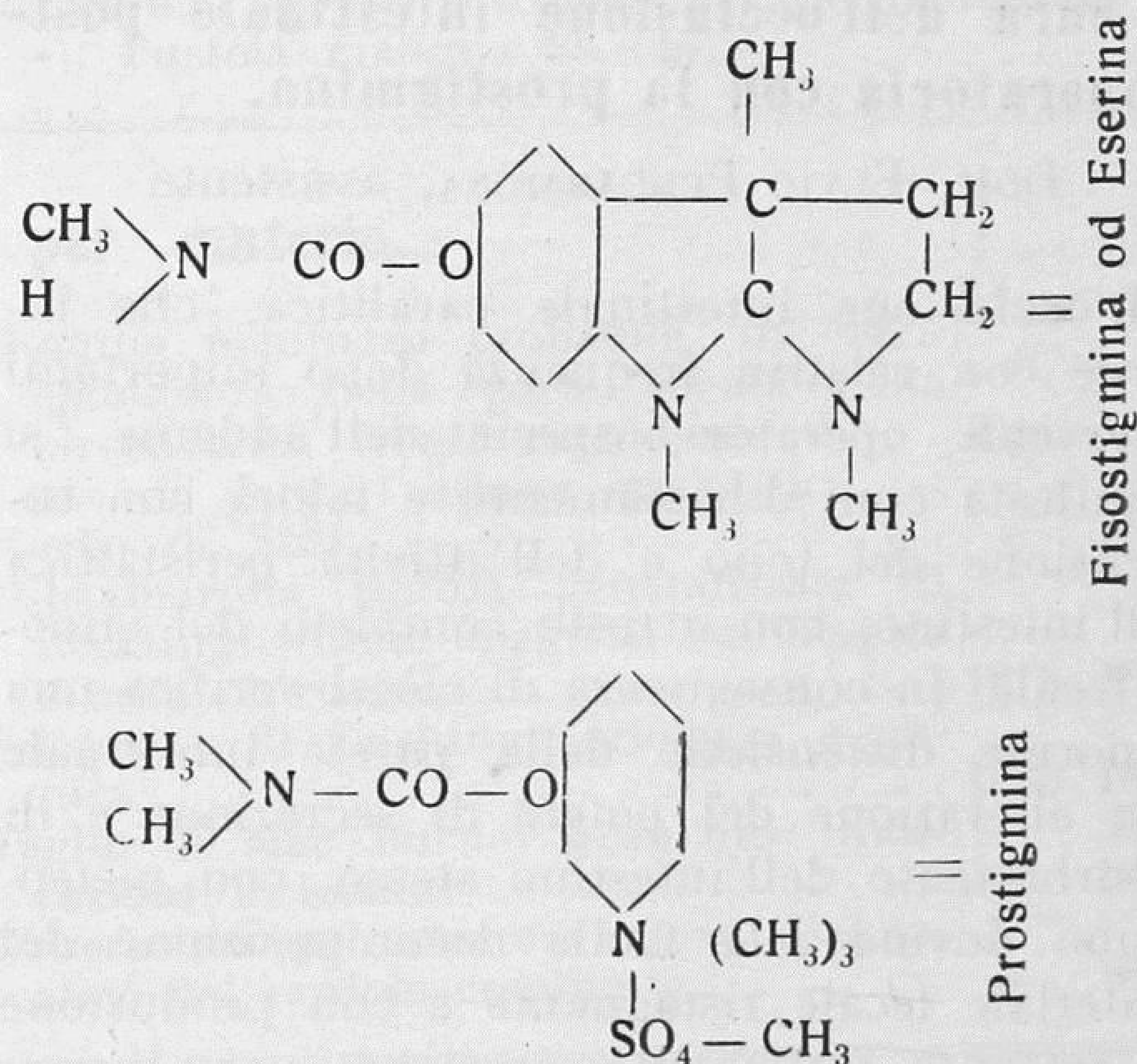
I centri spinali del simpatico, pel tenue e per le prime porzioni del colon, sarebbero situati tra il 6° segmento dorsale ed il primo lombare. Fissato il concetto patogenetico dell'occlusione intestinale paralitica, e stabilita l'influenza essenziale del sistema nervoso autonomo simpatico e parasimpatico, i metodi di cura sono sorti secondo un concetto ben definito e si sono venuti via via perfezionando.

Risultati favorevoli si sono ottenuti con la rachianestesia, studiata alcuni anni fa da Chenu e Duval; però questo metodo non è privo d'inconvenienti, in quanto mentre è pericoloso praticarlo in individui ipotesi, riesce generalmente difficile a farsi in ammalati gravi, sottoposti di recente a grave trauma operatorio, ed aventi un meteorismo di alto grado. Questo sistema di cura va oltre lo scopo, perchè agisce non solo sul simpatico, ma su tutto il sistema spinale per cui non è da ritenersi perfettamente innocuo; tuttavia in qualche caso la rachianestesia si usa ancora.

L'eserina che è il rimedio d'elezione per il vago (Bruner-Weigand), agisce bene ed abbastanza rapidamente come riattivatore della peristalsi intestinale, ed il suo uso è semplicissimo. Ma l'eserina contiene nella sua molecola componenti tossici per l'organismo, per cui le dosi necessarie per un'efficace azione terapeutica, risultano nello stesso tempo nocive causando essenzialmente un aumento della pressione arteriosa, ed una diminuzione dei battiti del cuore: di quì la necessità di studiare una sostanza, che dell'eserina conservasse le proprietà farmacologiche utili, senza possedere tuttavia un componente tossico.

Allo scopo riesce egregiamente la Prostigmina, prodotto sintetico molto attivo e non tossico.

La Prostigmina, appartiene al gruppo degli alcaloidi sintetici, ed ha la formula di struttura molto simile a quella della fisiostigmina od eserina:



La prostigmina trovasi in commercio in fiale contenenti un cc. della soluzione stabile ed isotonica al 1/2 per 1000, pari a gr. 0,0005 di sostanza attiva.

Dal punto di vista chimico essa è l'estere dimetilcarbaminico del metilsolfato di m-ossifeniltrimetilammonio; è un composto che saponifica molto difficilmente, e perciò molto più stabile della eserina la quale si altera facilmente perdendo in breve tempo le sue proprietà farmacologiche attive.

Circa l'azione farmacologica della prostigmina, è stato dimostrato da Aiazzi-Mancini con esperienze molto accurate eseguite su tratti d'intestino isolato di animale, che questo alcaloide è decisamente parasimpaticotropo positivo, come l'eserina e la pilocarpina.

Colla perfusione di un tratto intestinale con soluzione di atropina alla concentrazione di 1:10.000.000, si riesce a paralizzare non solo il parasimpatico, ma anche tutte le terminazioni del simpatico (Warmoes) e ciò è confermato dal fatto che dopo simile trattamento, tanto la pilocarpina quanto l'adrenalina, restano inattive su tale segmento intestinale.

Anche su questo punto, molto interessanti e probative esperienze sono state eseguite dal prof. Aiazzi-Mancini:

Egli ha atropinizzato un segmento intestinale di ratto fino a rendere sicuramente paralizzate tutte le terminazióni nervose del sistema autonomo (simpatico e parasimpatico), poi ha trattato con prostigmina, ed ha osservato che questa restava assolutamente inefficace a concentrazioni in cui normalmente dava una azione farmacologica intensa. L'aggiunta di bario era sufficiente a provocare un ipertono meraviglioso, con ripresa di un'intensa attività fasica.

Lo stesso A. servendosi di un segmento di tenue di ratto, ha provato che paralizzando con ergotamina tutte le terminazioni nervose del simpatico, mentre l'aggiunta di adrenalina è inefficace, l'aggiunta successiva di prostigmina, rialza il tono e l'attività fasica del preparato; quì infatti il parasimpatico è nella sua piena efficienza non avendo subito alcun trattamento atropinico, e risponde all'azione della prostigmina che ha verso di esso un tropismo tanto marcato.

Con altre esperienze, Aiazzi-Mancini ha inoltre dimostrato che esiste un sinergismo fra acetilcolina e prostigmina, e più ancora fra bario e prostigmina.

Aeschlimann e M. Reinert hanno constatato che sul cuore di rana isolato, l'azione inotropa negativa della prostigmina è trascurabile, mentre l'eserina anche a concentrazioni inferiori arresta il cuore in diastole.

Borsotti e Colombo sperimentando sull'intestino di coniglio hanno trovato che la prostigmina esercita azione attiva sia sulla contrazione delle fibre longitudinali, sia sulle fibre circolari dell'intestino.

Noi usiamo da oltre un anno la prostigmina nella cura delle paralisi intestinali postoperatorie, prima nel Reparto Chirurgico dell'Ospedale S. Biagio in Domodossola, e poi nel Reparto Chirurgico e Ginecologico dell'Ospedale Civile d'Ivrea, sempre sotto la guida ed il controllo del primario prof. Bianchetti.

I casi da noi osservati sono numerosi, e tutti secondari ad importanti interventi operatori sull'addome, ed in complesso possiamo dire di aver ottenuto soddisfacenti risultati, concordanti in linea di massima con quelli ottenuti in Italia dal Fumagalli, dal Biolato, da Spoto ed all'estero da Gunter, da Walter, da Schwerck, da Tourneaux, Peter, Gouzi, ecc. sia in Reparti di Chirurgia sia in Reparti di Ginecologia.

Per i nostri ammalati, non abbiamo seguito uno schema fisso nella somministrazione della prostigmina, ma ci siamo serviti di dosi più o meno elevate, ripetute talora due o più volte, ed in tempi diversi da caso a caso, a seconda delle indicazioni.

Così in un certo numero di casi, abbiamo fatto l'iniezione intramuscolare od endovenosa di 1 cc. di prostigmina, qualche ora dopo la operazione, od il mattino del giorno successivo, senza attendere segni eventuali d'occlusione. Questo metodo che possiamo chiamare profilattico è utile, in quanto, mentre è perfettamente innocuo, riesce nello spazio di poche ore a riattivare la peristalsi intestinale, generalmente sopita dopo i grandi interventi sull'addome: l'azione si manifesta con borborigmi ed emissione di gas; il 2° giorno dalla operazione si pratica come di consueto un clistere di acqua glicerinata calda e l'esito riesce quasi sempre positivo, con emissione di gas e di feci.

In altri casi l'iniezione di prostigmina è stata fatta quando dopo due giorni dall'intervento chirurgico, non si è avuta nè emissione di feci nè di gas, e l'intestino si manteneva in calma assoluta non ostante il solito clistere evacuante. In questi casi si è fatto seguire circa 20' dopo l'iniezione un clistere di acqua glicerinata calda: l'effetto è stato quasi sempre buono e rapido (da 1/2 ora a 2 ore circa). Qualche volta l'acqua del clistere veniva restituita senza tracce di sostanze fecali, però sempre si otteneva emissione più o meno abbondante di gas, indizio tranquillante di un prossimo e sicuro ritorno alle condizioni fisiologiche della peristalsi intestinale.

Infine siamo ricorsi alla prostigmina nei casi di grave ileo post-operatorio, quando trascorsi due o tre giorni dall'atto operativo, non si era ancora avuta la così detta crisi del gas, nè emissione di feci, non ostante i tentativi fatti coi metodi più comuni: clisteri, sonda rettale, siero ipertonico endovena, impacchi caldi, ecc.

In queste circostanze, i sintomi dell'occlusione intestinale, si vanno rapidamente aggravando; il meteorismo aumenta di ora in ora, fino a diventare imponente; l'addome si fa globoso, teso, e tosto intervengono i più gravi segni dell'arrestato circolo fecale, con vomito, polso piccolo e filiforme. sensorio obnubilato, ecc.

Anche in questi casi, veramente allarmanti, la maggior parte delle volte constatiamo con viva soddisfazione, che la peristalsi è riattivata dalla prostigmina, e mantenuta in azione.

Per essere preciso aggiungo che in ammalati con una sindrome occlusiva particolarmente grave come quella suddetta, usavo associare alla prostigmina le altre risorse terapeutiche (siero ipertonico endov., sonda rettale, lavatura gastrica, clisteri, ecc.) onde ottenere con un'azione sinergica un effetto più pronto ed insieme più sicuro. Dei molti ammalati trattati con la prostigmina, ne ricordo alcuni, i quali, per la forma occlusiva che presentavano, e per i risultati ottenuti colla cura, possono darci un'idea abbastanza chiara dell'efficacia di questo nuovo enterocinetico · da questi casi in cui la riattivazione della peristalsi intestinale, presentava serie difficoltà, ho potuto convincermi della superiorità di questo nuovo farmaco rispetto a tutti gli altri fino ad oggi usati a questo scopo; ciò posso affermare in coscienza, e senza fini reclamistici.

A. Ada, di anni 37. Operazione per cura radicale di ernia crurale bilaterale. La sera del 2° giorno dopo l'intervento l'A. non ha ancora avuto emissione di feci nè di gas. Si viene delineando il quadro dell'occlusione intestinale: addome meteorico, espanso, globoso. Silenzio addominale assoluto; nausea. Temperatura: 38°,7. Polso: 78.

Il mattino del 3° giorno, risultati inutili l'applicazione della sonda rettale, la somministrazione di clisteri, e due iniezioni di siero ipertonico endovena (cc. 20 + 20), pratico un'iniezione endovenosa di prostigmina, e dopo 20' il solito clistere glicerinato.

Dopo 1/2 ora la donna accusa leggeri dolori addominali e borborigmi. Seguono tre scariche fecali con emissione di molto gas. L'addome si fa pianeggiante, ed anche la temperatura diminuisce rapidamente raggiungendo il mattino seguente 36°,7.

M. Teresa, di anni 74. Affetta da prolasso uterino di alto grado. Operata di plastica vagino perineale, in anestesia epidurale percainica. Decorso post-operatorio afebrile; per tre giorni si somministra una cartina di bismuto ed oppio da ana gr. 0,25. In 3° giorno si fa un clistere, che dà esito a poche sostanze fecali e non a gas. Devesi anche notare che l'ammalata dopo l'intervento non riesce ad urinare spontaneamente per cui dev'essere periodicamente cateterizzata. In 6ª giornata questi fatti si aggravano: l'addome si fa teso timpanico, e leggermente dolente; esiste paralisi intestinale e vescicale. La temperatura si mantiene bassa 36°,7; polso 98, piccolo; aspetto notevolmente depresso. Inietto 1 cc. di prostigmina e dopo 20' faccio praticare un clistere glicerinato. Dopo 1/2 ora l'a. emette feci con poco gas, ed urina spontaneamente, l'addome appare meno espanso, non dolente, trattabile. Dopo 24 ore ristabilitasi di nuovo l'inerzia intestinale e vescicale, ripeto l'iniezione di P. in doppia dose, seguita da clistere. Questa volta si ha emissione abbondante di feci e gas in tre scariche successive. Urinazione spontanea. L'attività intestinale e vescicale così ripresa è continuata in seguito, e l'a. è uscita perfettamente guarita dopo alcuni giorni di degenza.

Altri numerosi casi potrei citare, ma poichè tutti si ripetono quasi sempre colle stesse modalità, tralascio la loro elencazione per non riuscire monotono.

Basti dire che risultati convincenti abbiamo ottenuti in casi di taglio cesareo conservatore, che, come è noto, molto spesso è seguito da dilatazione delle anse intestinali, con produzione di ileo veramente imponente.

In diverse contingenze l'uso della prostigmina ha portato alla risoluzione del quadro che si profilava minaccioso per la vita delle pazienti: in altri casi, e specialmente in uno di una donna operata in clinica privata, per la mancata somministrazione del prezioso farmaco, allora non ancora conosciuto, si ebbe purtroppo l'esito letale.

Diversi casi ricordo, in cui le condizioni si presentavano gravissime; nessun trattamento comprese le iniezioni di eserina, di pituitrina, di peristaltina, aveva sortito l'effetto voluto, e già quando le pazienti si potevano considerare in condizioni preagoniche, le iniezioni ripetute di prostigmina (fino a 5-6), hanno prodotto la ripresa graduale della motilità intestinale con esito in guarigione. Non esito ad affermare nel modo più categorico, che solo l'uso di questo enterocinetico, ha salvato la vita di queste povere pazienti.

L'ultima di queste è di data assai recente, del dicembre 1934: e fu una contingenza quanto mai tragica nella quale il salvamento è avvenuto proprio « in articulo mortis ».

Credo non sia azzardato pensare che poc preparati, quanto la prostigmina, hanno dimostrato in modo inconfutabile la loro efficacia.

Accennerò fra l'altro ad una paziente operata da un collega ginecologo, per fibromioma voluminoso in disfacimento necrotico, si-

mulante un tumore maligno. Praticata l'isterectomia subtotale addominale, dopo qualche giorno si era manifestato un ileo imponente, con febbre alta, brividi, polso filiforme, da imputarsi molto probabilmente ad infezione secondaria peritoneale acuta, e quindi di natura infiammatoria. Tutto era riuscito vano, perchè ogni sussidio terapeutico era stato tentato, ma inutilmente: il prof. Bianchetti chiamato a consulto, vista la gravità del caso, non esitava a consigliare l'immediata somministrazione di prostigmina a dosi ripetute a distanza di qualche ora. Si era in 6ª giornata dall'intervento, le condizioni dell'operata quasi disperate: dopo una 1/2 ora dalla prima iniezione essa avvertiva qualche leggero borborigmo; dopo tre iniezioni si aveva emissione di gas ma in scarsa misura; anzi l'ileo si ristabiliva tosto quanto mai imponente dopo qualche ora.

Continuando colla prostigmina dopo altre tre iniezioni, il giorno seguente si aveva una scarica di gas accompagnata questa volta da feci liquide abbondanti, con notevole riduzione dell'addome, e con una certa ripresa delle condizioni generali. Disgraziatamente non si riuscì a vincere l'infezione settica peritoneale che dopo una settimana condusse a morte la paziente, per quanto l'alvo si fosse conservato aperto ai gas ed alle feci.

Conclusioni.

Dalle nostre osservazioni risulta che:

1) nelle occlusioni intestinali dinamiche postoperatorie, la prostigmina raggiunge lo scopo anche dove gli altri metodi di cura non hanno giovato;

2) i dolori addominali che talvolta insorgono dopo l'iniezione di prostigmina, sono quasi sempre trascurabili, come pure di poco conto sono le azioni secondarie nocive del farmaco, sul cuore e sulla pressione arteriosa;

3) il più delle volte è sufficiente una sola iniezione, ma occorrendo si possono fare nello stesso giorno, ed a poche ore di distanza due o più iniezioni senza pericoli di sorta;

4) l'iniezione endovenosa di prostigmina riesce senza incovenienti, ma neppure presenta particolari vantaggi rispetto all'iniezione intramuscolare, per cui quest'ultima è ancora da preferirsi come la più semplice;

5) l'uso della prostigmina è facile, e non ha mai dato luogo a complicazioni clinicamente rilevabili. a carico dei vari organi o sistemi.

RIASSUNTO.

Premessi brevi cenni di fisiopatologia e di farmacologia, l'A. espone i risultati ottenuti con l'uso della Prostigmina nella cura dell'atonia intestinale e vescicale postoperatoria mettendo in evidenza la notevole attività di questo farmaco, e consigliandone più largamente l'uso.

BIBLIOGRAFIA.

Aeschlimann J. A. e M. Reinert. Journal of Pharmac. a. Exper. Therap., n. 3, pag. 413, 1931.
Aiazzi-Mancini. Archiv. it. di Scienze farmac., 1934, marzo-aprile, n. 2.
Biolato D. Bollett. Soc. Piem. di Chir., vol. III, n. 15, 1933.
Bucholz C. Zblt. f. Gynäk., LVI, n. 49, 1932.
Caffier. Münch. Mediz. Wochenschr., 1933, n. 5, pag. 176.
Colombo e Borsotti. Bollet. Soc. Piem. di Chirurgia, vol. III, n. 15, 1933.
Duschl L. Münch. Mediz. Wochenschr., LXXX, pag. 12, 1933.
Fiorio G. Riv. It. di Ter., 28 febbraio 1934.
Fumagalli R. Atti Soc. Lombarda di Chir., vol. I, n. 15, 1933.
Jeanneney M. G. Gazette Hebd. des Sciences Méd. de Bordeaux, n. 52, 25 dicembre 1932.
Junet. Schweiz. Med. Wochenschr., 1933.
Lehmans J. Münch. Mediz. Wochenschr., 1933, n. 12, pag. 464.
Muller F. Zentralbl. f. Gynäk., n. 26, 1932.
Saegesser M. Schweizer Mediz. Wochenschr., 1933, n. 3.
Schwerk G. Deutsche Mediz. Woch., 1932, n. 4.
Szubinsky A. Zentralblatt f. Chirurg., 1932, n. 4.
Tourneau, Peter, Gouzi. Presse Médicale, 1931, n. 99.
Weygand W. Münch. Mediz. Woch., 1931, n. 32.

☞ *Ricordiamo l'interessante volume del*

Dott. E. FIORINI
Aiuto nel Reparto Chirurgico dell'Osp. Civile di Verona diretto dal prof. **Saverio Spangaro**

La Chirurgia dell'Intestino Ileo-Terminale
(CONTRIBUTI)

INDICE. — Prefazione. — Cap. I. Cenni di anatomia, fisiologia ed embriologia dell'intestino ***Ileo-Terminale.*** Anatomia normale. Fisiologia. Meccanismo d'azione della valvola ileo-cecale. Sviluppo embriologico. — Cap. II. La diagnosi delle affezioni dell'ileo terminale. Anamnesi. Sintomatologia, ecc. Radiologia. — Cap. III. Le anomalie di sviluppo dell'intestino ileo-terminale. Vizi di forma. Aderenze e membrane. I diverticoli. Classificazione. Le diverticoliti. Occlusioni intestinali da diverticolo di Meckel. Ulcera peptica, perforante del diverticolo di Meckel. Il diverticolo di Meckel nelle ernie. I tumori del diverticolo di Meckel. ***Cisti congenite.*** Enterocisti. Cisti dermoidi. Stenosi ed interruzioni congenite. — Cap. IV. Stenosi, occlusioni, strozzamenti dell'intestino ileo-terminale. Cause stenosanti ed occludenti. Sintomi e cura delle stenosi semplici. Sintomi e cura delle occlusioni e strozzamenti. — Cap. V. Le invaginazioni dell'ileo terminale nel grosso intestino. Etiologia e Patogenesi. Sintomi. Radiologia dell'invaginazione ileo-ceco-colica. Cura. — Cap. VI. Le neoformazioni a carico dell'intestino ileo-terminale. ***Tumori.*** Tumori benigni e cisti acquisite. Tumori maligni. Sarcomi. Carcinomi. Linfogranuloma maligno. Tubercolosi iperplastica. Actinomicosi. — Cap. VII. Ulcerazioni dell'intestino ileo-terminale e lesioni da traumi. Ulcerazioni. Sintomi e diagnosi. Lesioni da traumi. ***Bibliografia.***

Volume di pagine 246, con numerose figure schematiche nel testo e molte fuori testo. Prezzo L. **24,** più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **21** in porto franco in Italia. Per l'Estero L. **23.**

Inviare Vaglia all'editore Luigi Pozzi, Ufficio Postale succursale diciotto, Roma.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: prof. C. FRUGONI.

Sopra un caso di lue febbrile acuta.

Dott. VITTORIO DE ANTONI, assistente e docente.

L'osservazione che riporto riguarda un caso di sifilide febbrile, interessante per il brusco inizio in ignoranza assoluta di pregresso contagio e per particolarità di decorso a tipo di malattia infettiva acuta.

Il paziente (B. P. Mario) è un individuo ventottenne, celibe, impiegato che — di robusta costituzione — ha condotto per lo passato una vita fisica sempre molto attiva, anche dal lato sportivo, bene sopportando disagi e fatiche.

Non ha alcuna tara famigliare: orfano da parecchi anni di padre — morto improvvisamente sembra per accidente cardiaco senza apparenti precedenti morbosi — è figlio unico, nato dalla sola gravidanza che la madre, tuttora vivente e sana, ha avuta.

Di abitudini di vita corrette, non è mai stato un grande fumatore, non fa uso di alcoolici. Per motivi professionali, — ha funzioni ispettive in alcune categorie di lavoratori agricoli — prima di ammalare ha avuto occasione a più riprese di recarsi ed anche transitoriamente soggiornare in zone malariche.

Escluse le comuni forme esantematiche nella infanzia, è stato per il passato sempre sano: unica malattia pregressa una uretrite Naisseriana all'età di 20 anni decorsa e scomparsa in pochi giorni senza complicazioni. Mai si è accorto di lesioni cutanee o mucose da lui sospettabili per ulceri

Viene ricoverato in Clinica il 16 dicembre 1933.

Cinquantacinque giorni prima dell'entrata, precisamente la sera del 31 ottobre, al suo ritorno da un viaggio di ispezione in zona malarica nella valle padana, il paziente in condizioni di cenestesi ottima, veniva bruscamente colpito da febbre a 39°,3, preceduta ed accompagnata nel suo insorgere da brividi di freddo. Nei giorni subito successivi la febbre persisteva sempre alta, e con curva continua remittente tale si manteneva per una settimana. Poi bruscamente scompariva.

Di questo primo breve periodo di malattia la febbre è stata, se non l'esclusivo segno, certo il predominante. Unici disturbi che ad essa si sono accompagnati sono state delle algie vaghe, senso generico di male, anorressia, tanto che un medico che allora a più riprese lo visitò null'altro riuscendo ad obbiettivare all'infuori di una scarsa congestione delle fauci e delle prime vie respiratorie, pose diagnosi generica di forma influenzale, e come tale la curò.

Dopo un paio di giorni di apiressia, nell'uscire la prima volta di casa dopo la supposta forma influenzale, subito per la strada veniva colto da senso di malessere e vertigine, tali da consigliargli un sollecito ritorno a casa. Potè ritornare a piedi, da solo, senza bisogno di aiuto. Nello ascendere lentamente le scale per l'insolita gravosa fatica che la salita gli procurava, comparve un violento dolore all'ipocondrio sinistro con irradiazione posteriore, che si attenuava con il breve riposo delle frequenti soste, che si aggravava con la ripresa della marcia. Messosi subito a letto e misurata la temperatura constatò di avere febbre alta. Persistè tale febbre nei giorni seguenti assumendo carattere intermittente serotino o notturno: erano puntate febbrili sui 39°, 39°,5, di breve durata che comparivano pressochè sempre alla solita ora con sensazione di calore, se ne andavano dopo qualche ora con profusa sudorazione.

Richiamato il medico, questo trovò che ora la milza era divenuta palpabile, dolente alla pressione. Ed intanto, subito con la ripresa della febbre, comparvero forti dolori alla spalla destra che impedivano al paziente ogni movimento dell'arto corrispondente, essendo invece la posizione immobile completamente indolore. Non sembra vi fossero segni esterni di flogosi. Durò tale dolore intenso per 5-6 giorni, si attenuò poi rapidamente per scomparire del tutto in settima giornata dal suo inizio. Ma contemporaneamente, benchè di intensità un po' minore, dolori con i medesimi caratteri dei già sofferti a destra comparvero alla spalla sinistra, ed anche qui durarono per circa una settimana, per scomparire poi stabilmente. Quello che invece persisteva, benchè meno intenso dei primi giorni, era il dolore all'ipocondrio sinistro ed alla regione posteriore dell'emitorace omologo, dolore sordo, profondo, continuo, che veniva esacerbato talvolta (non sempre) dalle profonde escursioni respiratorie.

Dopo qualche giorno dai sopradescritti episodi artralgici, e precisamente circa in trentesima giornata di malattia, il paziente, che continuava ad avere regolarmente febbri intermittenti, brevi, notturne non ostante avesse eseguita sistematica cura chininica nel sospetto di infezione malarica, cominciò a soffrire di cefalea continua, senza particolari caratteri, che aumentava d'intensità nella notte. In seguito la cefalea si fece sempre più violenta accompagnata da intensa fotofobia e da forti dolori in corrispondenza dei bulbi oculari. Dopo qualche giorno di dolore diffuso a tutto il capo, la massima intensità di dolore andò localizzandosi alla metà destra ed anteriore del cranio. Contemporaneamente al circoscriversi così della zona più fortemente dolorante, il paziente notò in corrispondenza di essa, e precisamente alla emifronte destra, alla radice del naso, alla regione temporale destra la comparsa di un ingrossamento della cute, molle, pastoso, senza arrossamento, senza aumento di calore al tatto. Non solo il pigiamento, ma anche il semplice sfioramento dei capelli e della emifronte destra erano fortemente dolorosi.

Durante tutti questi episodi cefalalgici non ha mai avuto vomito, nè disturbi di vista, nè singhiozzo, nè disturbi sfinterici. La colonna cervicale sembra sia stata sempre normalmente mobile, benchè i suoi movimenti riuscissero per riflesso dolorosi.

Pochi giorni dopo la comparsa dei dolori al capo, il paziente si accorse casualmente di numerose, piccole tumefazioni ghiandolari, indolenti, mobili, alle regioni postero-superiori del collo e latero-cervicali.

Ancora più in là, dieci giorni prima dell'entrata in Clinica — dopo un mese e mezzo dall'esordio febbrile — il paziente notò la comparsa di un'eruzione cutanea diffusa a tutto il corpo, sotto

forma di macchioline piccole, numerosissime, di colore roseo rameico, non pruginose. Tutti i disturbi già descritti accompagnati da un rapido progressivo decadimento delle condizioni generali continuavano intanto invariati; solo la febbre in coincidenza con la diffusione dell'esantema andava diminuendo d'intensità e perdendo il carattere intermittente, fino ad assumere il tipo di una semplice febbricola quotidiana, irregolare. In tali condizioni il paziente entrava in Clinica.

All'esame obbiettivo si notava un individuo di seconda costituzione morfologica, di aspetto sofferente, in condizioni generali scadute e scadenti. Il sensorio era integro.

La cute di tutto il corpo, pallida, umida, era ricoperta da numerosissime efflorescenze grandi da una capocchia di spillo ad una lenticchia, in parte pianeggianti, in parte scarsamente rilevate, soffici, di color roseo rameico, che impallidivano sotto compressione.

A carico del sistema ghiandolare si notavano alle regioni latero-cervicali e postero-superiori del collo delle grosse linfoghiandole sottocutanee, del volume circa di un fagiolo, mobili, dure, indolenti. Altre ghiandole un po' meno ingrossate, ma con gli stessi caratteri, si notavano pure in tutte le altre sedi di normale ricerca.

La muscolatura era flaccida, ipotrofica.

Lo scheletro normalmente costituito.

Le articolazioni erano tutte indenni, normalmente mobili. Si palpava solo qualche scricchiolio sottile nei movimenti alla articolazione della spalla sinistra.

Il polso uguale, ritmico, molle, oscillava in apiressia sugli 80-90; il respiro intorno a 24. La pressione arteriosa al Riva Rocci era di 60-105.

Al capo in corrispondenza della metà destra della fronte, della radice del naso, della regione temporale destra, la cute era imbibita, edematosa, dolentissima, non arrossata, non calda. La palpazione e la percussione anche leggera dell'emicranio destro erano intollerabili. I movimenti stessi della testa sul collo erano in parte ostacolati per il dolore riflesso, pur non esistendo una vera e propria rigidità nucale.

I bulbi oculari erano fortemente dolorosi al pigiamento. La statica, motilità, reflettività erano normali.

Normalmente funzionanti, senza alcun segno di deficit, erano pure i muscoli mimici e masticatori.

Nulla alla bocca. Le tonsille apparivano irregolari, di superficie infiltrata, con zaffi di essudato sulla tonsilla sinistra.

Niente al collo tranne le linfoghiandole già descritte.

Il torace era simmetrico, appiattito, elastico. Nulla si notava a carico del torace, indolenti i punti di emergenza dei n. intercostali.

Nulla di patologico si notava a carico dell'apparato respiratorio.

Pure nessun segno patologico a carico del centro circolatorio. Alla ascoltazione i toni erano fiacchi, un po' lontani, ma ritmici e puri su tutti i focolai di ascoltazione.

L'addome era pianeggiante, trattabile, indolente. Gli organi ipocondriaci erano ingranditi. Il fegato si delimitava in alto al margine superiore della V costa, in basso si palpava sporgente due dita dall'arcata costale, di consistenza parenchimatosa, indolente. La milza si avvertiva pure sporgente 2 dita dall'arco, di consistenza aumentata, dolente alla palpazione. In alto il limite superiore si delimitava alla VII costa sulla emiascellare.

Esame dello specialista dermopatico (prof. Tarantelli): Lesione luetica primaria al solco balano prepuziale. Sifiloderma secondario, roseolicopapuloso diffuso.

Nei principali esami di laboratorio si notava:

Negative le orine.

All'esame emocromocitometrico nulla di patologico a carico della serie rossa, se non i segni di una modicissima anemia di tipo secondario. Nella serie bianca invece, leucopenia (leucociti 3600 per mmc.) per diminuzione relativa delle cellule polinucleate e aumento assoluto dei linfociti (granulociti neutrofili 22 %, eosinofili 1, basofili 1, monociti 16, linfociti 60).

Sieroagglutinazioni per tifo, paratifi, e melitense negative.

Emocultura negativa.

Sieroreazioni per la lue (RW. = M.T.R. — K.R.) ripetutamente e controllatamente positive.

Instituita terapia salvarsanica per iniezioni endovenose, i rialzi termici già quotidiani, si fecero dapprima (dopo la seconda iniezione di neo = 0,35) più piccoli e non ogni giorno presenti; e subito dopo scomparvero stabilmente (dopo la IV iniezione = dose ripetuta di 0,45).

Intanto anche le condizioni generali erano andate rapidamente riprendendo. Il dolore all'ipocondrio sinistro (probabilmente di origine splenica) la cefalea, fino dalle primissime iniezioni erano quasi totalmente scomparsi. Alla testa la zona di cute già edematosa era andata via via riassumendo i suoi caratteri normali, mentre che anche la palpazione si faceva sempre meno dolorosa. Le tumefazioni ghiandolari, il sifiloderma diffuso pure andarono regredendo. Il miglioramento è stato rapidissimo, tanto che dopo la quinta endovenosa il malato potè ritornare a casa per proseguire la cura ambulatoriamente, ed è stato in grado dopo poco tempo di riprendere il normale lavoro. Ha fatte d'allora periodiche cure antiluetiche, ed a distanza di un anno e mezzo dall'episodio acuto sta sempre perfettamente bene.

La lesione genitale primaria, le artralgie, la cefalea, l'iniziale periostite della volta cranica, le tumefazioni ghiandolari, la manifestazione cutanea roseolicopapulosa, parlano chiaramente per la natura luetica della malattia, natura confermata anche dal reperto sierologico.

Ma se la diagnosi era relativamente facile in periodo molto avanzato del male, a localizzazioni secondarie instituite, tale non lo era stata in precedenza, per un lungo periodo di tempo, quando la febbre, le artralgie, l'aspetto generico di forma infettiva setticemica erano, si può dire, gli unici segni.

Che la sifilide, come è regola per tutte le altre malattie infettive, possa anch'essa dare qualche volta febbre, è noto da molto tempo.

Ricorderò brevemente le febbri non rare del periodo terziario, quasi sempre legate a

lesioni viscerali, epatiche in particolar modo (Grocco, Micheli, Chiray et Coury, Schulmann, Bottaliga, Garbini, Ferria ecc.), più raramente polmonari (Bergonié et Petges, Pasinetti, Lotze e Kimmelstiel, ecc.), o nervose (meningite specifica terziaria). Rari casi febbrili si sono osservati pure nella tabe dorsale e nella demenza paralitica: in quest'ultima malattia un caso è stato recentemente pubblicato da Javicoli.

Inoltre anche in qualsiasi tempo degli altri periodi della malattia antecedenti al terziario si sono avuti casi di febbre, febbre che spesso appare in essi come sintoma predominante, indipendentemente dalla presenza di lesioni o complicazioni cutanee viscerali capaci di azione piretogena.

Già nel periodo primario in coincidenza con il sifiloma iniziale sono stati notati non eccezionalmente piccoli rialzi termici (Roch, Milian et Muoquin). In qualche raro caso poi non solo febbricola, ma si è avuta una vera malattia acuta altamente febbrile; tale il caso di Galleton (riportato da Schulmann) nel quale la febbre è oscillata da 38 a 40 per circa un mese, per scomparire poi alla apparizione della roseola. Provano questi rari casi come la setticemia sifilitica, già documentata nella sua esistenza oltre che dalla prova biologica negli animali anche da parecchi casi d'infezione da trasfusione di sangue (Pinard; Carnot, Caroli et Maison; Tzanck et Liège), insorga già all'inizio del periodo primario, assai prima di ogni manifestazione cutanea. La precoce comparsa della setticemia è attestata anche da casi di acquisita sifilide per trasfusione di sangue da donatore luetico recente, ancora in periodo preserologico di malattia (Carnot, Caroli et Maison).

Nel corso del periodo secondario i casi febbrili sono più frequenti e meglio conosciuti che nel primario.

Oltre a febbri di breve durata che precedono di poco ed accompagnano nel suo inizio la roseola (febbre eruttiva di Fournier) e ad altre associate a lesioni localizzate cutanee o viscerali, è stata da Fournier descritta una particolare forma febbrile, spesso di lunghissima durata, in cui la febbre sintoma predominante, evolve in modo indipendente da qualsiasi lesione localizzata. Da Fournier in poi non rari sono i casi di tale febbre sifilitica essenziale descritti. Ricorderò fra i più recenti quelli di Lanzenberg; Milian; Bloch M.; Maltoni; Chavosky; Schulmann; Gaté, Palierd, Cuillevet et Verrière.

La febbre, di comparsa nella maggioranza dei casi precoce, può presentare tre tipi principali:

Tipo continuo (tifosi sifilitici di Fournier) simulante una infezione tifosa da cui clinicamente si differenzia per assenza di dissociazione fra polso e temperatura, per lo stato generale relativamente poco compromesso, per la mancanza di splenomegalia.

Tipo intermittente: con accessi febbrili quasi sempre quotidiani, serotini o notturni. Dalla febbre malarica clinicamente si differenzia perchè il ciclo febbrile della sifilide è di solito meno regolare e meno completo del malarico. Nell'accesso febbrile sifilitico predomina il senso di calore, mentre l'intenso senso di freddo iniziale, la profusa sudorazione terminale, usuali nella malaria, passano per esso in seconda linea, come semplici segni sfumati, non costanti.

Tipo irregolare: con ritmo febbrile non classificabile, mutevole nello stesso malato e in giorni vicini per ritmo e durata, mescolanza dei due tipi precedenti.

Non raramente poi nella febbre sifilitica essenziale, qualsiasi tipo di curva termica essa rivesta, ad indirizzare verso la giusta diagnosi compaiono ad un certo punto del decorso delle localizzazioni secondarie di indubbia etiologia luetica. Sono di solito queste o manifestazioni cutanee (quali nel caso di Gaté, Paliard, Cuillevet e Verrière) o lesioni ossee (quali nel caso di Favre et Contamin). Anche nel mio caso si sono avute ad un certo punto della malattia chiare manifestazioni secondarie cutanee e periostee, dopo un lungo periodo nel quale la febbre, accompagnata da artralgie, e da dolore probabilmente splenico, era stata si può dire l'unico sintoma.

Se il caso da me descritto può essere per sintomatologia clinica delle prime settimane di malattia riportato ad un quadro di febbre sifilitica essenziale di tipo intermittente, da esso si discosta per alcune particolarità non usuali nella febbre sifilitica essenziale, e per il modo di evolvere.

Di solito infatti nelle febbri sifilitiche di questo tipo) non del periodo terziario), il fegato, e più ancora la milza, appaiono assai scarsamente, spesso anzi nulla compromessi: tanto che l'assenza di splenomegalia in febbri di tipo similmalarico viene indicata (Fournier, Schulmann) come segno diagnostico differenziale dalla infezione malarica. Nel mio malato invece tanto fegato come milza erano ingranditi, come di solito si osserva solo in setticemie spirochetiche acute di altra natura, in alcune sepsi batteriche, o nella stessa malaria.

All'esame emocitometrico nella febbre da sifilide recente si trova di solito leucocitosi (indicata anzi come uno dei dati differenziali dall'infezione tifosa nelle forme a febbre continua): nel mio caso invece si è notata leucopenia. Ed insieme ad essa all'esame istologico si è notata anche una evidente alterazione nei rapporti percentuali dei vari tipi di cellule bianche (neutropenia con mono e linfocitosi assolute). Come l'epato e la splenomegalia, anche l'alterazione ematica crederei sia da mettere con tutta probabilità in rapporto con la forma acuta, ipertossica, della malattia, e causata forse da inibizione tossica sugli organi emopoietici.

Del resto, benchè non usuale, non è reperto strano nel mio caso la leucopenia se si tien conto della contemporanea esistenza della epatosplenomegalia: manca infatti di solito la leucopenia nelle febbri sifilitiche dei primi due periodi, ma manca pure con essa il tumore epatico e splenico; si ha spesse volte invece leucopenia nelle febbri sifilitiche tardive, ma si hanno insieme anche manifestazioni splenoepatiche (Furno, Micheli). Anzi, secondo Micheli, la leucopenia in tali casi è tanto più spiccata quanto più sviluppato è il tumore splenico.

Da notare inoltre nel mio paziente la precoce insorgenza della malattia febbrile, in un periodo di tempo in cui il sifiloma primario era tuttora in atto.

Un rapporto di tempo esatto fra la comparsa della lesione primaria e l'inizio della malattia febbrile non è precisabile, dato che il malato mai si era accorto per conto suo di alcuna lesione sospetta. Nè sull'epoca in cui l'infezione è iniziata alcun dato si può avere neanche indiretto dal criterio del tempo di comparsa delle reazioni sierologiche, poichè mai prima di quello praticato in Clinica (dopo 2 mesi di febbre) al paziente erano stati fatti esami del sangue.

Ad ogni modo che il sifiloma in atto alla epoca della sua entrata in Clinica potesse essere da molto tempo preesistente alla malattia febbrile, credo sia poco probabile. Il malato era persona sufficientemente colta per conoscere e temere la possibilità di un eventuale contagio nella sua vita sessuale irregolare, e di conseguenza, sia pure saltuariamente, portava, da sano, la sua attenzione sugli organi genitali. Credo perciò si possa ritenere difficile che per lungo tempo avesse potuto sfuggire alla sua osservazione l'eventuale presenza di una lesione sospetta.

Che l'inizio della febbre sia stato precedente, concomitante o posteriore alla insorgenza della lesione primaria non si può perciò stabilire; certo però è che di molto posteriore alla inoculazione del virus non deve essere stato.

Come nelle malattie acute setticemiche di altra origine, breve perciò sembra sia stato il periodo incubatorio: dall'impianto dell'infezione alla generalizzazione febbrile della malattia. Oltre l'inizio, anche tutto il decorso ha molti punti di contatto con il quadro di una malattia infettiva setticemica acuta: un primo periodo fortemente febbrile senza lesioni localizzate, con segni di stato tossico, con tumore acuto di fegato e milza, con violenti dolori mutevoli per sede; un secondo periodo in cui affiorano localizzazioni a rapida evoluzione, mentre la sintomatologia generale si attenua.

Concludendo, dal complesso dei sintomi, credo che la forma dal mio malato presentata possa ritenersi un caso di sifilide a decorso acuto, insorta primitivamente come infezione generalizzata a tipo setticemico a rapida evoluzione, con successive precoci manifestazioni e localizzazioni secondarie.

RIASSUNTO.

Descrizione di un caso di sifilide febbrile a decorso acuto.

Malattia ad impronta setticemica (epatosplenomegalia - febbre intermittente - profuse sudorazioni) insorta con alte febbri a sifiloma primario tuttora in atto. Durante il decorso della malattia comparsa successiva di artralgie, cefalea violentissima, periostite della volta cranica, sifiloderma diffuso roseolico papuloso. Con la comparsa delle manifestazioni cutanee attenuazione della febbre. Grave progressiva compromissione delle condizioni generali.

Con terapia salvarsanica per iniezioni endovenose rapida scomparsa della febbre e di tutte le altre manifestazioni.

AUTORI CITATI.

Bergonié et Petges. Gaz. hebd. d. Soc. méd. de Bordeaux, n. 9, 1922.

Bloch M. Presse méd., 1924, pag. 432.

Bottaliga. Policlinico, Sez. Prat., 1926, fasc. 26.

Carnot, Caroli et Maison. Bull. de la Soc. des Hôp. de Paris, 1934, n. 9.

Charosky. La Prensa med. Arg., 1932, n. 5.

Chiray et Coury. Presse méd., 1931, pag. 1031.

Ferria. Minerva Medica, 1932, n. 19.

Fave et Contamin. Journ. de méd. de Lyon, 1923, pag. 303.

Furno. Policlinico, Sez. Med., n. 8, 1917; n. 3, 1922.

Garbini. Policlinico, Sez. prat., 1931, n. 44.

Gaté, Paliard, Guillevet et Verrière. Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph., 1934, p. 833.

GROCCO. Lezioni di Clinica medica, ed. Vallardi, 1905, lez. XXX.
JAVICOLI. Studium, 1932, n. 4.
LANZENBERG. Paris méd., 1923, pag. 516.
LOTZE u. KIMMELSTIEL. Arch. f. Dermat. u. Syph., 1933, bd. 168, pag. 383.
MALTONI. Policlinico, Sez. Prat., 1928, fasc. XV.
MICHELI. Lezioni di Clinica Medica, ed. Minerva Med., 1927.
MILIAN. Rev. Franç. de dermat. et vénér., 1928, pag. 132.
PASINETTI. *Sindromi luetiche*, dal volume, prelezioni e lezioni scelte della scuola Minich dell'osped. civ. di Venezia, a. 1921-22.
PINARD. Bull. Soc. des Hôp. de Paris, 1934, n. 9.
ROCH. Rev. méd. de la Suisse Rom., 1926, p. 792.
SCHULMANN. *La syphilis fébrile*, tomo III, cap. XII, in « Traité de la syphilis » sotto la direzione di Jeanselme, ed. Doin, 1932.
TZANCK et LIEGE. Bull. de la Soc. des Hôp. de Paris, 1934, n. 9.

RIVISTE GENERALI

L'orchite e l'orchiepididimite in rapporto all'infezione brucellare e ad altre infezioni.

Dott. D. A. MAZZOLANI, Tripoli.

Oltre trentacinque anni fa, al capitolo delle « Malattie dell'apparato sessuale maschile » del *Trattato Italiano di Chirurgia*, Ed. dottor F. Vallardi, il prof. Breda, di Padova, a proposito di « Orchiti infettive da causa generale ecc. », così scriveva: « Varie malattie infettive generali dànno localizzazioni alle vie seminali. Proporzionalmente il didimo ammala, in questi casi, molto più frequentemente, che non quando la flogosi si diparte dal canale uretrale.

Le malattie che più spesso offendono le vie seminali sono: il *vaiuolo*, la *varicella*, la *scarlattina*, gli *orecchioni*, l'*ileo-tifo*, *certe infiammazioni* della *gola*, il *reumatismo*, l'*influenza*, la *endocardite ulcerosa maligna*, la *morva*, la *pioemia*, l'*osteite flemmonosa grave* ».

E l'autore, dopo avere accennato anche ad un'orchite da causa climatica, od *Orchite della Guyana*, e ad *orchiti palustri*, conclude avvertendo che « a tutte le nominate cause è probabile il tempo ne aggiunga ancora delle altre ».

A circa trentacinque anni di distanza, in *note pratiche di semeiotica*, G. Cordier, a proposito della « diagnosi delle principali lesioni del testicolo e dell'epididimo » distingue, anzitutto, i casi acuti da quelli cronici, e per i primi casi scrive: « Le malattie infettive sono suscettibili di colpire il testicolo. Queste orchiti, d'origine arteriosa, possono manifestarsi prima durante o dopo i sintomi clinici della malattia causale.... Le orchiti vaiuolosa, tifica, scarlattinosa, morbillosa, reumatica articolare acuta e anche l'orchite malarica, discutibile questa nella sua esistenza, sono state descritte ».

Nell'elencazione dei due autori, non si fa cenno, come si vede, di lesioni testicolari nei riguardi dell'infezione brucellare: ma se per il Breda vi è la scusante che a quel tempo la malattia era ancora poco conosciuta dai medici, G. Cordier sarebbe incorso, invece, in una vera dimenticanza, giacchè, sebbene egli dichiari di parlare delle principali lesioni, in Francia stessa la percentuale dell'orchite brucellare sarebbe così elevata da raggiungere, quasi, quella osservata nei casi di parotite epidemica.

In questo lungo periodo di tempo, da Breda a Cordier, numerose osservazioni mediche si sono succedute in quasi tutti i paesi del mondo: ebbene alcuni autori hanno riferito di aver riscontrata questa complicanza testicolare, altri non ne hanno parlato forse perchè non l'hanno notata o fu tale da non darle importanza; altri, infine, hanno apertamente dichiarato di non averne osservato mai. Da che può dipendere questo fatto? Da predisposizione fisio-patologica dell'individuo o dalla natura stessa dell'elemento infettivo in causa, Brucella Brucei (melitensis) oppure Bruc.-Banghi (abortus)? E data la sua presenza può l'orchite, in qualche malato, permettere di procedere ad una diagnosi di varietà?

D'altra parte ammettendo che la percentuale dell'orchite od orchiepididimite sia proporzionalmente superiore a quella osservata in altre infezioni acute, come ad. es. le febbri del gruppo tifico, la malaria, l'influenza, ecc., possiamo noi già avere in questo sintomo, specie se precoce, la indicazione per un orientamento ad una diagnosi di specie?

Nel 1904 il prof. Carbone, a Pisa, iniettando il micrococco nel peritoneo del coniglio vide manifestarsi un'orchite e una vaginalite purulenta. Nel 1903 Scheube scrive che si osserva talvolta, mentre più raramente si avrebbe la mastite.

Nel 1906 A. Cantani su venti malati di febbre osserva 2 casi di orchite. Nello stesso anno Bassett Schmith scrive che nella febbre maltese « gravi sono l'orchite e le nevralgie testicolari manifestantesi in circa il 15 % dei casi: abitualmente sono di corta durata ».

Nel 1909 Jeanselme e Rist stimano l'orchiepididimite presente nel 4-5 % degli ammalati: generalmente sarebbe unilaterale e alquanto tardiva. Nel 1910 Filippo Neri ne ha riscontrato un caso su alcuni malati a Stiava di

Lucca: Ed. Sergent e Nègre un caso tardivo su 20 malati del dipartimento di Orano (1916): un caso su otto malati osservò Sejournant a Kleber, in Algeria: Aubert e Cantaloube riscontrarono 2 casi di orchite sui primi otto malati della grave epidemia di Saint-Martial, in Francia. Sir P. Manson ha scritto (1904) che « nevralgie possono manifestarsi a carico dei differenti nervi: intercostali, sciatici, ecc. L'orchite è una complicazione possibile ». Dopter ritiene (1912) che l'orchiepididimite è più frequente a sinistra: è dolorosa, ma senza gravità speciale ». F. Mereu in occasione di un'epidemia di febbre melitense ad Alghero (1912) riscontrò l'orchiepididimite in un giovane di 19 anni. Sanarelli (1914) pensa « che si osservano spesso epididimiti, orchiti, ovaialgie, uteralgie, metrorragie, mialgie, vaginaliti, ecc. ». Secondo Castellani (1919) « l'orchite è comune ». A. Trambusti (1922) dice che « nell'uomo è frequente l'orchite parenchimale, che si dilegua dopo qualche settimana. Nella donna sono frequenti le ovaialgie e l'uteralgia ». Matthes ritiene (1923) che si possono avere « occasionalmente anche nevralgie, orchiti ed epididimiti ».

A proposito di febbre ondulante a Tunisi, dove si avrebbe, su circa 160.000 abitanti, una media annuale di circa 300 casi di malattia, Burnet, Brun e Bonan scrivono (1924) che la brucellosi presenta un capitolo chirurgico speciale in rapporto all'orchite, alle artriti e alle lesioni ossee.

Secondo quanto riferisce Bua Fazio (1924) Ejre ritiene che l'orchite e l'epididimite si presenterebbero nell'80 % dei casi.

Su 124 malati di febbre ondulante (116 bianchi e 8 negri) osservati nel Sud-Africa inglese dal 1903 al 1908, Reich ebbe a notare sette casi di orchite assai dolorosa, ciò che dà la media di 5,6 per 100.

Al Congresso di Medicina Interna a Roma (1928) Gabbi, riferendo sul tema della febbre mediterranea, afferma che l'orchite è una delle complicazioni più frequenti dell'infezione brucellare, avendola riscontrata nel 4 % della sua statistica personale e aggiunge che essa può « per terapia irrazionale giungere alla suppurazione ». W.M. Simpson e L. G. Bowers scrivono (1930) che l'infezione brucellare « può simulare appendiciti, colecistiti, ecc.. e realmente può provocare lesioni gravi, quali l'aborto, l'ascesso tubo-ovarico, la vescicolite seminale, la prostatite, l'epididimite, l'orchite ». In occasione di un'epidemia di brucellosi ad Atene, Spiro Livierato scrive (1932) che « si è riscontrato astenia, ingrossamento della milza, del fegato, orchite, ecc. ». Nel Comune di San Vito e nel Comune di Borca, dove si erano già manifestati casi di aborto ovini e bovini, V. De Zanche ebbe a curare (1933) numero 36 casi di brucellosi. « Posso pienamente sottoscrivere — egli dice — quanto altri hanno trovato: le orchiepididimiti, con arrossamento e tumefazione, dolore della parte, non sono inferiori al 10 % degli ammalati.

La mia casistica le pone tutte a carico del testicolo e cordone di sinistra, mentre per le due donne che abortirono la dolorabilità spontanea e provocabile è stata a carico dell'ovaio di destra ». Ammettono l'orchite Boeri, Giugni, Hasseltine (1929).

A proposito dei due primi casi di febbre ondulante osservati nel Dipartimento di Tinogasta, in Argentina, (1932), A. P. Ruchelli riferisce che nell'uomo, un individuo di circa 48 anni, lo scroto e il prepuzio si presentavano adematosi e che i testicoli erano aumentati di volume e dolenti alla pressione. Vi era anche compartecipazione dell'epididimo e del cordone.

Sebbene meno spesso la comparsa dell'orchiepididimite brucellare è stata osservata anche nei bambini.

Comby ritiene che questa complicanza si manifesterebbe piuttosto verso la seconda ripresa dell'ondulazione febbrile. Ultimamente Cannata scrive (1934) che in generale l'orchite è un'affezione che si riscontra raramente nel bambino.

Lo Presti-Seminerio solo ultimamente ha potuto osservare i primi 3 casi di orchiepididimite (2 in bambini, 1 in adulto), sebbene da oltre un decennio spieghi la sua « attività diagnostica e clinica in un centro ove la setticemia da Brucella è veramente endemica ».

E anche in questi ultimissimi giorni (dicembre 1934), W. W. Quilliam riferisce di aver notato, nei bambini, 5 casi di orchite brucellare.

Ma a lato di questi autori altri ne esistono che affermano in modo più o meno categorico l'assenza di qualsiasi lesione sia a carico del didimo che dell'epididimo.

Già nel 1906 il capitano medico G. Lamb, della Commissione speciale inglese delle Indie, riferendo su 17 casi di febbre mediterranee, fa un solo accenno a proposito dell'undecimo malato e dice « There was no orchitis ».

Sorvolando, per brevità di esposizione, tutto il periodo che va dal 1906 alla fine del 1934, noi vediamo che Izar si sente autorizzato di poter dichiarare in modo categorico quanto

segue: « Sebbene gli autori affermino che le orchiti sono frequenti, non posso dividere il loro parere: in 19 anni di esercizio e di ospedale in regioni fra le più gravemente colpite da quest'affezione, pur avendo assistito a vere epidemie con migliaia di casi, non ho potuto osservare una sola volta una orchite o una qualunque altra lesione a carico dell'apparato genitale ».

Anche A. Inglima, durante un'epidemia osservata nel 1933 in Valle Anzasca (Novara) su 73 casi di febbre brucellare non osservò neppure una sola orchite.

Di fronte a questo stato di cose io pensai di rivolgermi al prof. Di Guglielmo che nella sua qualità di Direttore della Clinica Medica di Catania, poteva essere in condizioni molto favorevoli per dare un parere quanto mai autorevole.

In data 29 gennaio scorso cortesemente mi rispondeva quanto segue.

« Devo dirle che sono rimasto sempre sorpreso per l'estrema rarità delle orchiti nei nostri malati di brucellosi in confronto della notevole frequenza con la quale le riscontrano specialmente i francesi. Io ne ho osservato tre soli casi (2 medici e un prete). Anche le metrorragie e le ovaialgie sono qui piuttosto rare. Nei pochi casi osservati la febbre ha avuto l'abituale decorso ».

Date queste nette dichiarazioni dei due clinici della Sicilia Orientale, dove la brucellosi è pure tanto frequente, non è possibile sottrarsi all'impressione che un qualche cosa di particolare a ciascuna regione possa o debba intervenire, sia sotto il punto di vista dell'eziologia, sia anche a causa di fattori individuali, quali particolarità di regime, consuetudini di lavoro, abitudini sessuali, ecc., circostanze che possono determinare a carico della glandola sessuale un *locus minoris resistentiae*.

Per quanto riguarda Tripoli, dove io risiedo, la febbre ondulante è allo stato endemico sebbene sotto forma relativamente modesta. Solo nel periodo 1924-26 si ebbe un episodio che mi permise di osservare direttamente 18 casi in pochissimi mesi: è solo fra questi che io riscontrai due volte orchiepididimite: in un giovane di circa 20 anni apparve a destra, precocemente; nell'altro individuo di circa 48 anni, al lato di sinistra e verso la terza settimana. La malattia decorse con sintomatologia abbastanza tumultuosa, ma la durata fu relativamente breve (10-12 giorni). In un altro giovane di circa 18 anni si ebbe soltanto orchialgia, che scomparve in una settimana. Fra le 5 donne due ebbero forte e penose ovaialgie: la terza metrorragia e ovaialgia al 4-5° giorno dopo il parto che si era mostrato apparentemente regolare. Quindi mentre le complicanze a carico dell'apparato sessuale maschile furono del 23 %, nelle donne si ebbero nella elevatissima proporzione del 60 %: media complessiva 38.8 per 100 di complicanze a carico dell'apparato sessuale. Debbo tuttavia aggiungere che negli altri 22 malati da me osservati sia prima che dopo il periodo epidemico del 1924-26, non furono riscontrati simili complicanze, di modo che sul totale di 40 infermi la media sarebbe del 15 %.

* * *

Riconosciuta, così, la possibilità di orchite ed orcoepididimite brucellare, più o meno frequente a seconda della località regionale o di particolari contingenze di tempo, possiamo noi essere autorizzati a ritenere che essa sia l'appanaggio piuttosto dell'infezione da Brucella Brucei (melitensis) che non della Bruc. Banghi (abortus)? E anzitutto sono essi capaci questi due microorganismi di dare una qualche manifestazione clinica propria? E se sì, è egli possibile di poter procedere ad una diagnosi clinica differenziale?

Di fronte al polimorfismo sintomatologico dell'infezione brucellare già da tempo i medici avevano cercato di procedere ad una specie di sistemazione di alcuni dei sintomi più appariscenti della malattia, in modo da poter orientarsi, con elementi sostanziali, in un senso piuttosto che in un altro in rapporto alla varietà eziologica dell'agente morboso.

In una comunicazione al I° Congresso internazionale d'igiene mediterranea — Marsiglia, settembre 1932 —, comparsa di poi in « Revue Coloniale de Méd. et Chir. », 15 apr. 1933, Tanon e Neveu, dopo accennato ai tentativi fatti in tal senso da altri medici, fra i quali Ficai e Alessandirini, Kristensen, Vernoni, ecc., credono ad una possibile distinzione basandosi specialmente sul valore dei *sintomi polmonari*, sul valore della *curva febbrile*, sul *valore dei fenomeni dolorosi* e sul *valore delle complicazioni*. Fra queste l'orchite « che noi abbiamo più volte constatata » sarebbe più frequente nella febbre da brucella melitococcica.

Le orchiepididimiti da me riscontrate a Tripoli si sono manifestate nella forma febbrile rispondente al tipo clinico di brucellosi melitococcica degli autori francesi.

***

Passando ora in rassegna le altre forme febbrili nelle quali si possono avere complicanze a carico dell'apparato sessuale, credo sia utile, a scopo pratico, di limitarci soltanto alla malaria e alle febbri del gruppo tifico.

Malaria. — Premetto, anzitutto, che malariologi come Marchiafava, Bignami, ecc., e clinici come Strümpell ecc. non hanno ammessa una vera complicanza testicolare di origine malarica.

Secondo Temistocle Santopadre (1894) l'orchite sarebbe complicazione non rara dell'infezione palustre, e sarebbe un vero processo flogistico che si appalesa con dolori vivi, ingrossamento notevolissimo del testicolo, febbre elevata, cefalea, perdita d'appetito. Sarebbe più frequente nei paesi tropicali.

A. Breda riferisce che orchiti palustri sarebbero state osservate da Maurel (1883), da Birard (1884), da Zacco, Smith, Charcot (1887): Hekimoglou, nel 1897, riscontrò una epididimite malarica in ragazzo di circa 8 anni: essa guarì in 3 giorni in seguito ad amministrazione di chinino per bocca e ad unzioni.

Queste lesioni sarebbero talora atrofizzanti.

Secondo quanto riferisce Breda, Rosanelli ebbe ad osservare orchialgia, quale esponente d'infezione malarica, sollecitamente e completamente guarita col chinino.

Nel 1877 Magnani ne osservò 5 casi: 2 casi furono visti da Strana nel 1895; Mignacco guarì un malato, con somministrazione di chinino, nel 1915.

Altri casi furono curati da Pietro Di Lorenzo. in uno (1921) si trattava di orchialgia del lato di sinistra, decorrente senza febbre, ma accompagnata da grossa milza: l'altro (1922) riguardava un contadino di Carido — Reggio Calabria — in zona eminentemente malarica. Di Pace (1924) ne osservò due casi: un giovane di 22 anni malato al testicolo di destra: un bambino di 5 anni ecc.

Di particolare interesse sono i casi riferiti da Cignozzi, di Grosseto. Ha dovuto intervenire anche chirurgicamente.

Si tratta di 5 malati di orchite acuta, dei quali 3 complicati da vaginalite e necrosi della cute. In quattro l'affezione si sviluppò al testicolo di sinistra, ossia in proporzione dell'80 %. Ciò sarebbe dovuto a ragioni anatomo-fisiologiche: infatti è appunto a sinistra che si ha stasi sanguigna e maggiore varicosità venosa.

Il plasmodio vi arriverebbe per via sanguigna. Generalmente è dapprima colpito il didimo, poi, specie se il processo morboso continua, l'epididimo e il funicolo. Talora l'ingrossamento è molto forte. Se interviene subito la cura specifica — chinino, arsenico, bismuto —, cessata la febbre l'orchite si riduce rapidamente a quasi la metà già dopo poche ore: ma se gli attacchi febbrili si rinnovano l'orchite può aggravarsi o complicarsi e si può stabilire una vera pachivaginalite cronica che conduce ad intervento chirurgico talvolta grave.

Negli individui giovani si può riscontrare frequentemente l'essudazione delle vaginali. In genere l'orchite è appannaggio del malarico cronico strascurato.

A proposito di subterzana malarica il professore Castellani distingue sette possibili complicanze a carico dell'apparato urogenitale. Fra esse tiene il primo posto l'orchite. « Un subitaneo e forte dolore — egli scrive — si manifesta ai testicoli in persona che antecedentemente può non aver mai sofferto di tipica febbre malarica... La temperatura si eleva e il paziente prova la sensazione di esser molto malato: i sintomi possono essere intermittenti. Un esame del sangue mette in evidenza il parassita malarico e il chinino ha ragione di questa situazione ».

Nel 1930 in una nota dalla quale risulta che nel 1894 aveva fatto oggetto della sua tesi di laurea appunto l'orchite malarica, N. Federici riferisce su un caso occorso nell'Ospedale di Sassari, caso *di vera orchite malarica e non di orchite in malarico.*

Dopo aver accennato, inoltre, ad altre osservazioni, di Di Pace, di Cignozzi e di De Roma, egli crede di poter affermare che l'orchite malarica ha « caratteristiche sufficienti per essere individualizzata e diagnosticata ». Se ne potrà riconoscere la natura malarica:

1) « se mancano altre di quelle che sono comunemente riconosciute cause possibili di orchite,

2) se vi è la ragione endemica, e l'orchite dimostra andamento o decorso di febbre malarica, o si appalesa quasi episodio sintomatico di essa,

3) se per attutirla o debellarla si trova che, diversamente da quanto succede per l'orchite dovuta a blenorragia od altro, o esclusivamente o sopratutto si avvantaggia dell'efficacia del chinino e dei preparati antimalarici ».

Un caso di orchite malarica, a destra, fu osservato da Vecchia (1920), e un caso di orchiepididimite da Valerio, al Brasile (1926).

Recentemente, nel 1932, Rosa Mallica ha osservato un caso di orchite malarica a Catania. Nell'aprile di quest'anno, alla Clinica delle Malattie Tropicali del prof. Castellani, un individuo, già malarico, ha presentato, durante un forte accesso febbrile durato circa due giorni, orchialgia del lato di sinistra, accompagnata da una certa dolorabilità del cordone, specie alla compressione.

Subito energicamente chinizzato, febbre e dolore sono scomparsi. Non fu trovato plasmodio nè vi erano sintomi di malattia venerea. Penso tuttavia che probabilmente fu in causa l'eziologia malarica.

Febbri del gruppo tifico. — Secondo Breda l'orchite tifosa fu segnalata da Velpeau (1844): Olivier (1833) ne enumera 27 casi, dei quali 3 propri, manifestatasi in individui dai 16 ai 30 anni. Generalmente si appalesa in periodo di convalescenza e più spesso si tratta di forma acuta, parenchimatosa, quasi sempre solo a carico del didimo.

Hanot, Bouilly, Girode, Jaccoud, Kocher, Breda hanno riscontrato anche la forma suppurativa e ascessuale: talora fu possibile isolare il bacillo del tifo.

E. Weill scrive (1911) che nel bambino tifoso si può avere orchite alla fine della prima settimana: l'epididimo e la vaginale restano abitualmente illesi.

Casi di orchite nel decorso dell'infezione tifosa furono osservati da Byam e Archibald (1923): essi avvertono che bisogna fare attenzione perchè può anche suppurare.

Nel 1925 C. Pezzi scriveva che nella febbre tifoide si possono osservare casi di orchite suppurata: personalmente ebbe occasione di osservarne un caso. M. Gioseffi, invece, ritiene (1925) che questa complicazione è rara, e generalmente si ha negli individui dai 16 ai 30 anni. L'evoluzione sarebbe rapida, 10-12 giorni, ma in un quarto dei casi si può avere la suppurazione. Riferisce che Pec potè coltivare il paratifo B da una epididimite suppurata.

A. Campani e F. Bergolli (1926), dopo aver riferito su d'un caso di orchiepididimite, vescicolite e nefrite apostematosa da paratifo B, (1918), a pagina 132 del loro libro così si esprimono: « L'orchite è la complicanza genitale più frequente e chiunque abbia studiato parecchie epidemie avrà avuto occasione di riscontrarla. Può manifestarsi anche nei tifi infantili. Blumenfeld ne cita 6 casi su 69 di tale complicanza...: può essere accompagnata da febbre alta, da vomito ecc. Pick ritiene si produca per via ematogena ».

Secondo Sabrazès (1927) si può avere l'orchiepididimite nella febbre ebertiana; più raramente nel paratifo B. Tale orchite si manifesta generalmente durante la convalescenza ed è unilaterale, Quasi sempre si ha ritorno di febbre, cefalea ecc. Può appalesarsi sotto due forme:

1) infiammatoria, guaribile in 7-8 giorni, ma che può anche condurre a fatti atrofizzanti;

2) suppurativa, della durata di 35-40 giorni, con processo che conduce ad atrofia della glandola stessa.

Creyx ha avuto occasione di osservare (1931) orchiepididimite da paratifo B in un individuo di 48 anni: la guarigione avvenne solo dopo circa sette mesi di cura. Egli pensa che si trattò di propagazione dalla via genitale.

Dopo aver riferito su casi riscontrati da Drago alla Gujana (1880), da Girard a Panama (1882), da Lassabatie e Hélie in Algeria (1886), da Charcot, Planté ecc.; C. Medulla riferisce (1933) di aver riscontrati 2 casi di questa malattia a Bengasi. Nel secondo dei malati si ebbe pelle dello scroto tesa, liscia, ma non arrossata nè dolente, il didimo e l'epididimo essendo di volume e di consistenze normali. Si trattò, quindi, di una vaginalite, come nei casi osservati da Fayrer in India.

Un caso di orchiepididimite da paratifoide fu osservato da H. Raymondand, in Francia (1916).

In oltre trenta anni di esercizio professionale in Italia, in Cina e in Tripolitania, e dopo aver curato più di un miliaio di tifosi al grande Ospedale della Croce Rossa Italiana di Visco (1916-1917), presso Palmanova, io ho avuto occasione di osservare una sola volta un'orchite tifosa nella persona di un militare ricoverato all'Ospedale della C. R. I. « Maria Luisa » in Parma (gennaio 1916). Quasi contemporaneamente l'infermo presentò voluminosa parotite del lato di sinistra, e fu necessario l'intervento chirurgico.

CONCLUSIONI.

I. — Che l'apparato sessuale possa reagire in seguito a stati infettivi, è ormai un fatto tacitamente ammesso da tutti.

Secondo Viola nell' « orchite parenchimatosa da infezioni di origine ematogena, il didimo può essere raddoppiato o triplicato di volume, teso, duro, doloroso alla pressione ». Pontano ammette, anche per propria esperienza, l'orchite parotitica primitiva, perchè da lui osservata in adolescenti « nei quali, in periodo di epidemia, si potè escludere ogni altra origine, e come nell'orchite parotitica si ebbe lo stesso decorso ed esito in atrofia ».

Nella febbre brucellare, oltre le artrosinoviti, le pielonefriti e la vaginalite, egli ammette anche le orchiti: « Quest'ultima localizzazione, fugace e transitoria, è forse da considerare come una delle più frequenti, accanto agli ascessi sottocutanei, accertati, nel caso delle melitense, con indagini culturali bacteriologiche ».

Però mentre nell'orchite brucellare la lesione interessa il parenchima, in quella di natura parotitica la lesione colpisce solo la parte interstiziale della glandola stessa, che presenta edema ed infiltrazione leucocitaria.

In quest'ultimo caso si arriva quasi sempre all'atrofia della glandola e quindi alla sterilità parziale o completa, qualora i due testicoli siano stati contemporaneamente colpiti.

Ho cercato di raccogliere una bibliografia sufficientemente vasta per potere, con maggiore cognizione di fatti, arrivare ad un concetto quanto più è possibile reale sulla presenza dell'orchite sia in campo brucellare che in quello della malaria e delle febbri del gruppo tifico.

Questi dati statistici provengono da tutte le regioni d'Italia, da Malta, dalla Francia, dal Nord-Africa, dall'Africa meridionale, dalle Indie, dall'Estremo Oriente, dal Sud America e molti dall'America del Nord. Ebbene esaminando attentamente questi dati mi pare che essi, in ogni paese, dicano presso a poco lo stesso: l'orchite sembra essere in rapporto con le diverse regioni ed epidemie, come appunto Carles avrebbe constatato nei riguardi della stessa complicanza nell'infezione paratifica. Si avrebbe, inoltre, che la percentuale della reazione testicolare sarebbe relativamente modesta nell'infezione brucellare, più modesta nella malaria e ancor meno frequente nelle febbri del gruppo tifico.

È logico, tuttavia, sospettare che queste ricerche non siano sempre state fatte con scrupolosità; è probabile, quindi, che qualche dato più preciso possa essere messo in evidenza qualora l'osservazione clinica del malato e delle circostanze eziologiche sia ovunque condotta su di uno schema più informativo ed uniforme.

Ad ogni modo, allo stato attuale delle cose, quando nel decorso di una febbre noi assistiamo alla comparsa di questa lesione a carico dell'apparato sessuale, specie se relativamente precoce e accompagnata da algie, mialgie ecc.; scartata l'ipotesi di parotite epidemica, noi dobbiamo pensare, anzitutto, alla eventualità di un'infezione brucellare piuttosto che a malaria o a febbre del gruppo tifico.

II. — Secondo alcuni AA. l'orchite può manifestarsi anche nella febbre tipo abortus, secondo altri, invece, essa sarebbe molto più frequente nella varietà brucella melitensis. Ad avvalorare quest'orientamento sarà opportuno di ricordare il complesso sintomatologico a questa più proprio, come affermano Tanon e Neveu:

1) *a principio della malattia*: assenza o quasi di segni di bronchite. (nella varietà *abortus* si hanno sintomi di bronchite agli apici e leggera congestione delle basi: spesso apparenza di tubercolosi);

2) *più tardi*: oscillazioni termiche giornaliere rapide, in 1-2 ore: ondulazioni in 15 giorni e ad andamento regolare: temperatura massima spesso a 40°: (nella varietà *abortus* le oscillazioni sono meno elevate e più lente, in 3-4 ore; le remittenze meno marcate, le ondulazioni in 1 settimana: curva termica di aspetto tifoideo);

3) localizzazioni dolorose a tipo periosteo: (mialgie e spesso miositi nella varietà *abortus*);

4) durata più protratta della febbre (forma lenta di Tomaselli);

5) minor numero di complicanze, eccezion fatta dell'orchite che le sarebbe infatti più particolare.

La preoccupazione di una simile diagnosi di varietà potrà forse sembrare eccessiva e bizantina, considerato che la cura resta invariabilmente la stessa; ma noi sappiamo che sotto il punto di vista prognostico la brucellosi ha durata abbastanza varia, e siccome sembra accertato che è appunto la varietà melitensis quella che trascina maggiormente in lungo, noi potremo avere in nostro possesso un elemento in più per l'approssimazione di un meno vago criterio prognostico-curativo.

III. — Provvisti, come siamo oggigiorno, dei mezzi sierologici e intradermici per formulare una diagnosi di brucellosi, può sembrare superflua tutta questa nostra preoccupazione clinico-sintomatologica. Ma noi sappiamo che il paziente o i parenti spesso richieggono una diagnosi sollecita e che, talora, non è indifferente iniziare al più presto possibile la cura adatta.

Noi non dobbiamo, inoltre, dimenticare che i nostri malati di brucellosi trovansi spesso lontani dagli ospedali e dalle cliniche; che spesso non hanno i mezzi per spese di laboratorio; che qualche volta rifiutano anche di ricorrervi di nuovo, qualora un primo esame essendo stato negativo o incerto, si sia costretti a ritentare la prova.

In uno dei miei malati una prima sierodiagnosi in 14ª giornata era stata completamente negativa per apparire poi positiva dopo soli 6 giorni: in una malata sofferente di forte ovaialgia, fu positiva soltanto dopo 5 giorni dalla prima, praticata in 16ª giornata.

Questo fatto è del resto già noto perchè, come scrive Frugoni, « le agglutinine possono ritardare per la non capacità reattiva dell'organismo, dovuta all'estrema gravità delle condizioni generali fin dall'inizio ».

Il medico pratico esercita la sua professione anche nei luoghi i meno accessibili all'uomo, ma non alla febbre brucellare. È quindi necessario che egli si avvalga di ogni segno e di ogni mezzo per andar diritto al suo scopo.

« Ricordatevi dunque, scriveva qualche anno fa il prof. Frugoni, di non rinunziare mai ad alcun elemento diagnostico; nessuno sarà mai di troppo; ma non lasciate che il troppo grande numero di ricerche sussidiarie vi venga ad ottundere quel senso squisito e raffinato, fatto di intuito sì, ma nutrito di esperienza e di cognizioni, che è il senso clinico e il senso critico. E non lasciatevi mai desautorare del diritto che a voi soli spetta di giudicare sinteticamente il valore dei fatti e delle indagini: di tutto coordinare secondo un nesso logico, per ricavarne le conclusioni ultime: la diagnosi, la prognosi, la cura ».

RIASSUNTO.

L'A., a mezzo di numerose statistiche, ha cercato di conoscere in quale misura si abbiano reazioni a carico dell'apparato sessuale durante il decorso delle più frequenti malattie infettive: brucellosi, malaria, febbri del gruppo tifico.

Nonostante opinioni divergenti ritiene si debba ammettere la esistenza di orchiti e orchiepididimiti. Esse sarebbero più frequenti nella brucellosi, meno nella malaria e meno ancora nelle febbri del gruppo tifico.

Nel caso della brucellosi ritiene anche che l'orchite sia più frequente nella infezione da *Brucella melitensis* e che, associata agli altri sintomi, possa costituire elemento diagnostico di varietà eziologica.

BIBLIOGRAFIA.

1. BASSET SMITH. *Trattato di Medicina*. Traduzione Ital., 1906.
2. BOERI G. *Sulla setticemia di Bruce*. Il Morgagni, 1º gennaio 1929.
3. BREDA A. *Trattato Italiano di Chirurgia*, vol. V, parte 2ª, Milano.
4. BURNET, BRUN e BONAN. Revue Tunisienne de S. Méd., Tunisi, 1924.
5. BYAM e ARCHIBALD. *The Practice of Med. in Tropics*, 3ª Ed., 1923, London.
6. CAMPANI e BERGOLLI. *Le febbri tifoidi*. Opera Medica Wassermann, 1926, Milano.
7. CANNATA. *Trattato di Pediatria di Jemma e Comba*. Milano, 1934.
8. CARLES. In A. BUSSI. *I Paratifi*. Bologna, 1919.
9. CASTELLANI A. e CHALMERS. *Manual of Tropical Medic.* 3ª Ed., London, 1919.
10. CECONI A. *La febbre mediterranea a Torino*. Minerva Medica, 1924.
11. CIGNOZZI. *L'orchite malarica*. Ibid., 1925.
12. CORDIER G. *L'orchite ecc.* La Presse Médicale, 1934, 7 novembre.
13. COZZOLINO O. *Trattato di Pediatria*. Idelson, Napoli, 1922.
14. CREIX. *L'orchiepididimite nel paratifo B*. La Presse Médicale, 1932, pag. 182.
15. DE ZANCHE. *Le Brucellosi*. Padova, 1935.
16. DI LORENZO P. *Orchiepididimite malarica*. La Lettura Medica, 15 sett. 1931.
17. DI PACE. *Orchite malarica*. Minerva Medica, 1925, pag. 767.
18. DOPTER. *Pathologie Interne*. Tratt. Gilbert-Fournier. Paris, 1912, p. 346.
19. FEDERICI N. *Sull'orchite da malaria*. Rivista Medica, gennaio, 1931.
20. FRUGONI. Minerva Medica, 1930, pag. 345.
21. GIOSEFFI M. *Il gruppo delle febbri tifoidi*. Opera Medica Wassermann, 1925.
22. GIUGNI e SAVORINI. *Ricomparsa di nuclei epid. di febbre melitense*. Giornale di Clinica Medica, 1928.
23. HASSELTINE H. E. *Curent Studies of Undulant Fever*. The Jour. of Med. Hyg., 1929, London.
24 INGLIMA. Q. *Le complicanze della brucellosi*. L'Ospedale Maggiore di Novara, n. 11, 1934.
25. IZAR. G. *La diagnosi di Brucellosi*. Rassegna Clinico-Scientif. I. B. C., 15 dicembre 1934, Milano.
26. JEANSELME e RIST. *Précis de Pathologie Exotique*, Paris, 1909.
27. LAMB B. M. D. I. M. S. *Mediterranean fever in India*. Memorie scientifiche, ecc., Calcutta 1906.
28. LIVIERATO S. *La Brucellose en Grèce*. La Presse Médicale, 1932, vol. I, p. 198.
29. LO PRESTI F. *L'orchite nella febbre ondulante*. Policlinico, Sez. Pratica, 1924, Roma.
30. LO PRESTI-SEMINERIO. *Orchiepididimite da setticemia bruceana*. Rinascenza Medica, ottobre 1934, Napoli.
31. MANSON P. *Malattie dei Paesi Caldi*. Trad. francese, 1904, Paris.
32. MATTHES. *Trattato di diagnostica differenziale*. Trad. italiana, 1923.
33. MEDULLA C. *Orchite tifosa*. Archivio Scienze Mediche Coloniali, Modena, 1933, p. 104.
34 MEREU F. *L'orchite nella febbre mediterranea*. Policlinico, Sez. Prat., 1913, pag. 947.
35. MICHELI F. *La febbre mediterranea a Torino*. Minerva Medica, 1924.
36. MIGNACCA. *Un caso di orchite ecc.* Annali Medicina Navale, vol. I, 1915.
37. MÜHLENS. *Malattie e Igiene dei Paesi Tropicali*. Trad. ital., Torino, 1933.
38. PEZZI C. *Il gruppo delle febbri tifoidi*. Opera Medica Wassermann, 1925.
39. PONTANO T. *Manuale Pratico di Medicina Interna*, vol. I, pag. 324, Idelson, Napoli, 1933.
40. QUILLIAM W. W. *Undulant fever in childhood*. (dic. 1934) da Rinasc. Medica, 1935, pag. 22.
41. RUCHELLI A. P. *Sui primi casi di febbre ondulante*.

42. SABRAZÈS. *Orchiepididimite da tifo*. Giornale Medic. Militare, 1927, Roma.
43. SANARELLI. *Igiene generale e coloniale*, 1914, pag. 595.
44. SANTOPADRE T. *Trattato di Patologia speciale medica e terapia*, pag. 999, Ferrara, 1894.
45. SCHEUBE. *Malattie dei Paesi caldi*, Jena, 1903.
46. SCIALOM e SETBON. *Fièvre méditerr. chez les musulmans et les israélites tunisiens*. Giornate Mediche Tunisine, 1926.
47. SIMPSON W. M. e L. G. BOWERS. *The Surgical Aspects of. Undulant fever*. Da The Journal of Tropical Med. and Hyg., London, 1930.
48. TRAMBUSTI. *Trattato di Lustig*. Ediz. del 1922, pag. 639.
49. VIOLA. *Trattato di Semeiotica*, vol. II, parte II, Milano, 1933, pag. 529.
50. WEILL E. *Précis de Médecine infantile*. Paris, 1911, vol. I, p. 248.

AGGIUNTA BIBLIOGRAFICA.

1. REICH. *Sulla febbre maltese nel sud-Africa inglese*. Annali Medic. Nav., vol. I, 1911, p. 478.
2. VALERIO. *Un caso di orchiepididimite malarica al Brasile*. Tropical Dis. Bulletin, 1926, p. 540.
3. VECCIA. *Orchite malarica destra. Policl.*, S. Pr., 1920, p. 6.
4. VERNONI. *La febbre Melitense*. Terapia, sett. 1924.
5. RAYMOND AND H. *Orchiepididimite da paratifoide*. Pathologica, 1917, pag. 25.
6. PETRAROLA M. *Localizzazioni rare nella febbre melitense*. Rin. Medica, Napoli, 15 gennaio 1935.

SUNTI E RASSEGNE

TISIOLOGIA.

I fattori immunitari nella tubercolosi.

(S. METALNIKOV. *La Presse médicale*, 15 giugno 1935).

Il fatto che quasi tutti hanno infezione tubercolare, anche se questa decorre senza manifestazioni cliniche, dimostra che la tubercolosi è una delle malattie più guaribili e che l'organismo umano possiede dei mezzi di lotta molto attivi contro la malattia.

Quali sono questi mezzi? Quali sono cioè i fattori che immunizzano contro la tubercolosi?

Il b. della tubercolosi ha una capsula di sostanza grassa simile alla cera, che permette al bacillo di vivere a lungo anche dopo disseccamento. È questa capsula la ragione per cui il bacillo, penetrato nell'organismo, non può essere digerito facilmente come altri germi.

Tutte le sostanze chimiche capaci di disciogliere cera e grassi sono tossiche per le cellule dell'organismo. Questa sostanza dovrebbe trovarsi in animali che possano digerire la cera e questi animali sono rarissimi. Uno è un insetto, la *Galleria mellovella*, il tarlo delle api, di cui Metchnikoff, che ne ebbe per primo l'idea, non ebbe tempo di occuparsi.

Il Metalnikov ha allevato quest'insetto che vive nelle arnie e si nutre di cera. Le larve di quest'insetto possiedono un'immunità straordinaria verso il bacillo della tubercolosi. I bacilli introdotti nella cavità del corpo di questi insetti sono fagocitasi, perdono la loro colorabilità alla fucsina, si gonfiano e si trasformano in un pigmento bruno nero.

In vitro il sangue della *Galleria mellovella* prelevato sterilmente altera le culture di bacilli della tubercolosi umana.

Pertzoff ha dimostrato che la lipasi della *Galleria mellovella* ha un'azione idrolizzante sui bacilli tubercolari uccisi dal calore alla temperatura di 45°, mentre non ha osservato la distruzione completa dei bacilli viventi, che però si dissociano in granuli e spesso perdono la loro acidoresistenza.

Lo stesso fenomeno era stato osservato dallo stesso Koch e dal Metalnikov nell'interno delle cellule giganti. Nello spermofilo la tubercolosi guarisce dopo quest'evoluzione del bacillo.

Assodato dunque che la *Galleria mellovella* è refrattaria alla tubercolosi, questa refrattarietà si deve attribuire ai fermenti che si trovano nei leucociti.

Di che natura sono questi fermenti? Già nel 1906 l'A. in collaborazione colla Zieber-Schnmova aveva dimostrato che il sangue del bruco contiene dei fermenti lipolitici non solo per i grassi ma anche per la cera delle api e la cera del bacillo della tubercolosi.

Per questo emisero l'ipotesi che la lipasi avesse funzione importante nella tubercolosi perchè essa agisce probabilmente distruggendo la capsula cerea e quindi uccidendo i bacilli e quest'ipotesi è stata confermata da vari autori

La lipasi contenuta naturalmente nell'organismo umano varia per varie condizioni; essa aumenta coll'alimentazione abbondantemente grassa e diminusce col digiuno. Le diverse malattie influiscono sopra tutto sulla quantità di lipasi. Nel tubercolotico c'è notevole diminuzione dell'energia lipolitica in rapporto collo sviluppo più o meno rapido della malattia. La diminuzione della lipasi è un fatto abituale nello stomaco terminale della tubercolosi.

Numerosi autori si sono occupati della lipasi e della lipolisi nei tubercolotici e il Fiessinger ha confermato i lavori dell'A. colla *Galleria mellovella*.

Il pus tubercolare contiene questa lipasi e la lipasi ha certo importanza nella difesa locale all'infezione.

La lipasi leucocitaria, secondo Fiessinger e Pierre Louis Marie, appartiene sopratutto agli elementi della serie linfocitaria; essi hanno anche dimostrato l'esistenza di questo fermento lipolitico nei gangli linfatici e nella milza. Il potere lipolitico dei gangli mesenterici e della milza è stato affermato anche da Roger e Binet nel loro studio sulla lipodieresi polmonare. Krant e Burger hanno studiato la decomposizione dei grassi del bacillo tubercolare per ope-

ra della lipasi e ritengono che queste lipasi abbiano veramente importanza nel processo di guarigione della tubercolosi.

Dionys Kanocz ha isolato dal polmone normale un fermento lipolitico che impedisce lo sviluppo di culture dei bacilli tubercolari, mentre non ha provato questo fermento nel polmone tubercolotico.

Aksiantzeff ha dimostrato l'esistenza di due fermenti lipolitici: una lipasi non specifica, che decompone gli olii e i grassi, e una lipasi specifica che decompone le emulsioni sierograssose estratte dal bacillo tubercolare. La lipasi specifica si trova solo nell'animale tubercolotico e lo stesso fatto fu osservato nell'uomo, in cui la tubercolosi provoca anche una diminuzione delle lipasi non specifiche.

È opinione vecchia che l'alimentazione abbondantemente grassa faccia bene ai tubercolotici; probabilmente questo avviene per un aumento del potere lipolitico.

Il processo di guarigione della tubercolosi è un processo cellulare. I mezzi per rendere più forte le cellule sono prima di tutto le condizioni favorevoli di vita: alimentazione buona e abbondante, aria aperta, lavoro non faticoso, tranquillità morale.

L'alimentazione grassa aumenta il numero dei macrociti e dei linfociti e sviluppa l'energia lipolitica del sangue e degli organi, ma poichè la capacità di digerire i grassi è limitata, il tubercolotico deve essere gradualmente abituato a digerire dosi crescenti di grasso. Ed è con questo metodo che si hanno dei buoni risultati nei sanatori.

L'A. ha trattato le cavie tubercolotiche con sangue di bruco di *Galleria mellovella* e gli animali così trattati hanno sopravissuto di parecchi mesi a quelli di controllo.

Dublet ha aggiunto agli estratti glicerinati di bruco di mellovella estratti glicerinati d'epatopancreas ottenuti in presenza di calcio ed ha ottenuto non solo la guarigione delle cavie tubercolotiche, ma anche la vaccinazione di cavie non ancora infette.

Hollande ha avuto buoni risultati col sangue di bruchi di Saturnia savonia vaccinati contro la tubercolosi. R. LUSENA.

Collassoterapia e tubercolosi laringea.

(M. GANDINI. *Archivio di Medicina e Chirurgia*, giugno 1935).

Forlanini considerava nei primi tempi la tubercolosi laringea come una netta controindicazione al pneumotorace terapeutico; fu uno dei suoi allievi, il Dagradi che segnalò nel 1910 la probabile benefica influenza che il pnx artificiale poteva svolgere nella tubercolosi associata della laringe e dei polmoni. Da allora ad oggi numerosi AA. hanno riferito le loro esperienze ed osservazioni cliniche sull'argomento e tutti o quasi sono concordi circa la utilità della collassoterapia tempestivamente applicata alla tubercolosi laringea. Non regna invece l'accordo sul meccanismo di azione della collassoterapia stessa sulla tbc. del laringe.

Secondo l'A. la collassoterapia immobilizzando il polmone, annichilisce la circolazione funzionale e sbarra la strada alle embolie microbiche, mentre contemporaneamente con la diminuzione della tosse e dell'espettorato mette a riposo l'organo.

La tubercolosi polmonare e la tubercolosi laringea hanno tra di loro rapporti non solo clinici, ma anche anatomo-patologici; tali rapporti non sono semplici ed occasionali, ma hanno un fondamento biologico e patogenetico i cui termini sono ancora allo stadio formale ed analitico. Anche dall'esame di centinaia di casi di tbc. del polmone e della laringe è difficile trarre deduzioni e conclusioni sicure.

Numerosi lavori sono apparsi sull'argomento e sono anche stati stabiliti dei punti da servire di guida: 1) la tbc. laringea è generalmente l'espressione di forme polmonari estese e gravi; 2) secondo le statistiche le forme polmonari evolutive presentano quattro volte più facilità di complicazioni laringee che non le forme stabilizzate.

La tisi fibrosa, la sclerosi apicale, presentano più di rado concomitante una forma laringea che non manca mai invece a complicare le forme evolutive, progressive attive con espettorato bacillifero. La tbc. polmonare e la laringea decorrono ed evolvono in modo parallelo, cosicchè un aggravamento delle condizioni polmonari trascina quasi sempre con sè un aggravamento di quelle laringee.

L'A. passa quindi ad illustrare il proprio materiale di osservazione costituito da ben 134 casi esposti in interessanti tavole clinico-statistiche. Queste permettono di fare considerazioni non solo di indole generale, ma anche particolare. Si tratta di tutti malati sanatoriali ospedalieri con lesioni di vario grado, nei quali la collassoterapia era stata istituita nel Sanatorio perchè non vi fosse dubbio nella valutazione dei dati polmonari e laringei.

Gli ammalati di tbc. polmonare associata a tbc. laringea, sottoposti a pneumotorace artificiale monolaterale furono 85. Dall'esame radiografico del torace il collasso risultò efficace in 57 casi, discreto in 10 casi, insufficiente in 18 casi; l'esame del laringe indicò: 33 casi clinicamente guariti, 19 migliorati, 13 stabilizzati, 20 peggiorati. I casi clinicamente guariti appartenevano tutti ad ammalati nei quali la collassoterapia fu efficace e ben rispondente ai fini per la quale fu iniziata. I casi che peggiorarono nelle lesioni laringee furono 20: erano malati con vaste lesioni polmonari.

Per quello che riguarda il tipo delle lesioni laringee, si trattava nella maggioranza dei casi di forme infiltrative semplici; le forme a carattere infiltrativo ulcerativo furono 9, le in-

filtrative vegetanti furono 19, le infiltrative edematose 6.

Per quello che riguarda il pnx art. bilaterale le cifre dell'A. hanno un valore ancora maggiore. La istituzione di un pnx bilaterale nei malati con lesioni laringee specifiche avanzate, va seriamente ponderata: dei 17 casi della statistica risultarono: 5 laringologicamente guariti, 7 migliorati, 1 stabilizzato, 4 peggiorati. Le forme laringee erano prevalentemente a tipo infiltrativo.

I casi nei quali venne fatta la frenicoexeresi furono 22: in 18 la collassoterapia fu efficace, in 4 discreta. In sei casi si ebbe la guarigione clinica delle lesioni laringee; in dieci vi fu miglioramento di esse; in cinque stabilizzazione, in uno peggioramento rapido.

Per quello che riguarda la collassoterapia per mezzo della toracoplastica l'A. ne ha riportati solo 10 casi: gli esiti della toracoplastica furono buoni 9 volte; dal punto di vista laringeo in 6 casi vi fu la guarigione clinica, in 3 un notevole miglioramento e in uno rapido peggioramento.

Importanti sono le deduzioni che l'A. fa in base alle risultanze delle applicazioni terapeutiche praticate.

La cura della tbc. laringea deve essere basata sopra una diagnosi polmonare precisa e così pure il tisiologo prima di procedere ad una collassoterapia deve ricercare le condizioni laringee che possono avere una certa influenza sul metodo da preferire. La tbc. laringea non è sempre associata alla tbc. polmonare avanzata, come un tempo si credeva; essa può accompagnare le forme polmonari incipienti e può anche talora essere il primo segno rivelatore di una tbc. polmonare.

L'andamento delle due forme è quasi sempre parallelo e rari sono i casi di dissociazione nell'andamento sul quale influiscono elementi immunitari individuali in rapporto con la diversità anatomo fisiologica e con la conseguente reazione immunitaria dei polmoni e del laringe. Alle lesioni monolaterali laringee corrispondono in genere lesioni monolaterali polmonari dello stesso lato.

La tbc. laringea grave si riscontra più frequentemente nelle forme miliari acute e subacute; le lesioni monocordali o circoscritte a piccole zone sono legate a forme polmonari fibrose discrete e limitate.

Le conclusioni circa l'influenza della collassoterapia sull'andamento delle lesioni tubercolari laringee, corrispondono a quelle degli altri AA.: il pneumotorace, la frenicoexesi, la toracoplastica hanno indubbiamente una azione benefica purchè si tenga conto di due importanti elementi. Il primo è il ricovero sanatoriale che permette di sorvegliare l'andamento delle lesioni laringee e di rinforzare l'azione della collassoterapia con terapia laringea attiva e passiva. Il secondo elemento è fornito dalla diagnosi precoce: essa può scoprire le lesioni laringee al loro primo manifestarsi e permettere di istituire la collassoterapia anche se le lesioni polmonari non lo richiedono urgentemente di per sè stesse.

L'A. insiste infine sul concetto della massima importanza che la tubercolosi laringo-polmonare assume ai fini sociali un aspetto particolarmente importante nella lotta contro la tubercolosi.

L'opera del laringologo non è più isolata, non è più circoscritta alla sola diagnosi, ma è associata costantemente ed attivamente a quella del tisiologo ed assurge quindi ad una azione di primo ordine, come i Maestri auspicarono e le direttive attuali stanno mettendo in pratica.

Vicentini.

MISCELLANEA.

Discinesia e Neovescicola. Cistico-duodenostomia.

(P. L. Mirizzi. *Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*, tomo XVIII, n. 31).

L'A. descrive un caso interessante di postumi consecutivi ad una colecistectomia.

Si trattava di una donna che da un anno presentava i segni di una calcolosi delle vie biliari e che fu operata nel luglio 1933 di colecistectomia sottosierosa con chiusura completa della parete, per colecistite calcolosa; all'atto operativo fu constatato un cistico dilatato.

Subito dopo l'operazione ebbe di nuovo crisi dolorose in tutto simili a quelle precedenti all'intervento divenute subentranti successivamente, tanto che nel marzo 1934 si rintervenne di nuovo. Fu trovato un duodeno perfettamente libero ed in corrispondenza dell'ilo epatico una tumefazione della grandezza di un pollice, di colore azzurrastro che in primo tempo fu interpretato come un coledoco dilatato. Un esame più accurato dimostrò trattarsi di una neovescicola con cistico dilatato con pareti estremamente sottili.

Fatta una iniezione di lipiodol nella neovescicola si osservarono i segni della discinesia: coledoco a contorni ondulanti, penetrazione di lipiodol nel condotto di Wirsung, dilatazione del cistico e dei condotti intraepatici. Fu praticata una cistico-duodenostomia e fu lasciata nella cavità della neovescicola una Petzer. Il decorso post-operatorio fu regolare; esami radiologici successivi praticati col lipiodol dimostrarono che la cistico-duodenostomia funzionava perfettamente.

Le formazioni diverticolari che qualche volta seguono le colecistectomie non sono delle neovescicole ma rappresentano una dilatazione passiva del moncone cistico rimanente. Queste dilatazioni sono dovute all'aumentata pressione dell'albero biliare provocato o a uno stato funzionale anormale delle vie biliari (di-

scinesia), o ad un ostacolo meccanico al libero corso della bile (periduodenite, calcolo, aumento del tono dello sfintere di Oddi).

Nel caso attuale l'A. pensa si tratti di un aumento di tono dello sfintere di Oddi che abbia provocato la formazione della neovescicola. Quindi conclude dicendo che in certe colecistiti calcolose con parete poco alterata in cui esistono spasmi di tratti dell'albero biliare con conseguente stasi, l'asportazione dell'organo può provocare un aumento delle sofferenze e che in certi casi la migliore condotta è quella di praticare una colecisto-duodenostomia. PLASTINA.

Sindrome di eccitazione diecenfalica ed ipertensione essenziale.

(I. H. PAGE. *American Journal Medical Sciences*, luglio 1935).

È stata rilevata la somiglianza fra il complesso di sintomi provocati dalla β-metil-acetil-colina e la sindrome da eccitazione dei centri diencefalici, la quale d'altra parte ha notevoli analogie con una sindrome spontanea che suole verificarsi in giovani individui affetti da ipertensione essenziale.

Questa sindrome, di cui l'A. ha osservato e studiato 11 casi nel corso di due anni, è caratterizzata da attacchi talvolta spontanei e talaltra consecutivi ad eccitamenti varî. Compare innanzi tutto una zona di arrossamento alla fronte ed ai pomelli, che poi si diffonde al collo ed al tronco, dove si presenta a macchie separate per poi diventare confluente. Su tali zone di arrossamento compaiono goccioline di sudore. Le gambe e le braccia quasi sempre rimangono normali, ma le mani, e specie le dita, possono diventare cianotiche e fredde. I battiti cardiaci diventano più frequenti, la pressione vasale aumenta leggermente, ed il paziente può avvertire senso di palpitazione. Contemporaneamente gli occhi si inumidiscono o lagrimano abbondantemente; la salivazione aumenta; spesso si ha senso di soffocazione; la respirazione diventa meno frequente, più profonda, spesso sospirante e anche affannosa. Il paziente avverte i movimenti dell'intestino, che spesso possono essere rilevati anche dall'osservatore.

Questi fatti raramente durano più di qualche minuto, ma possono verificarsi più volte al giorno con intensità variabile.

La sindrome, che è più frequente nelle giovani donne, è sempre legata ad un grado di ipertensione vasale (massima 220; minima 146). Spesso è accompagnata da altri disturbi: frigidità sessuale, mestruazioni profuse, temperamento eccitabile, tremori, trepidazioni generali, leggero ingrossamento della tiroide, metabolismo basale alquanto elevato, sensibilità al freddo, senso di dito morto nell'esposizione al freddo, ronzii, nausee, senso di tensione intorno al capo o al vertice.

Talvolta la sindrome, ma in modo incompleto, si verifica anche in individui anziani.

Il meccanismo patogenetico è oscuro ma date le caratteristiche fenomenologiche sembra che la sindrome sia in rapporto con una eccitazione dei centri diencefalici.

Al riguardo vanno messe in evidenza le analogie tra la sindrome da ipertensione, la sindrome da β-metil-acetil colina, l'epilessia diencefalica e la sindrome consecutiva ad iniezione intraventricolare di pituitrina.

1. Sindrome da ipertensione essenziale: *a)* sintomi parasimpatici: sudorazione, vasodilatazione, lagrimazione, salivazione, aumento della peristalsi, rallentamento e approfondimento della respirazione; *b)* sintomi simpatici: lieve aumento della pressione vasale, aumento della frequenza del polso, eccitamento; *c)* abbassamento dei poteri di controllo: accessi incoercibili di ansie, eccessiva irritabilità.

2. Sindrome da β-metil-acetil-colina: *a)* sintomi parasimpatici: sudorazione, vasodilatazione, lagrimazione, salivazione, aumento della peristalsi, respirazione, lenta e profonda, caduta della pressione vasale; *b)* sintomi simpatici: aumento della frequenza del polso.

3. Epilessia diencefalica: *a)* sintomi parasimpatici: sudorazione, vasodilatazione, lagrimazione, salivazione, respirazione lenta e profonda; *b)* sintomi simpatici: aumento della pressione vasale; *c)* sintomi di abbassamento dei poteri di controllo: agitazione.

4. Sindrome da iniezione intraventricolare di pituitrina: *a)* sintomi parasimpatici: sudorazione, vasodilatazione, lagrimazione, salivazione, aumento della peristalsi, respirazione lenta e profonda, lieve tachicardia; *b)* sintomi simpatici: lieve aumento della pressione vasale.

Per comprendere queste analogie sintomatologiche conviene tener presente le nostre conoscenze sulla fisiologia del diencefalo.

È oramai assodato che l'ipotalamo è l'elemento essenziale dell'espressione emotiva. Esso ha il compito di trasferire nella condotta l'iniziativa all'azione presa dalla corteccia cerebrale. Esso organizza, a mezzo del sistema parasimpatico e simpatico, le più importanti attività vitali dell'organismo, le sue funzioni viscerali, il suo sviluppo ed il suo ricambio materiale, nonchè l'insieme di funzioni psicosomatiche complesse, come quelle inerenti al sesso, mentre nel neopallio è concentrato il più alto controllo di tali attività. Tutti gli impulsi nervosi circolano nel cervello per raggiungere la coordinazione fra le disposizioni conative ed affettive (talamo) e quelle conoscitive (neopallium). Questo meccanismo comprende l'ipotalamo che, presumibilmente conferisce il tono emotivo a tutte le attività mentali e muscolari.

Le ricerche sperimentali sulla funzione del dielencefalo, eseguite da Cannon, Bretton e Bard, hanno dimostrato che la rimozione degli emisferi cerebrali nei gatti determina uno

stato di falso furore con imponente attività simpatica: erezione dei peli, tachicardia, profusa sudorazione alle piante della dita, ipertensione arteriosa e scarica di epinefrina. Ciò dimostra che il meccanismo emotivo è essenzialmente subcorticale e che la corteccia esercita su di esso un'azione frenatrice. Bard ritiene che questa funzione emotiva sia prevalentemente disimpegnata dalla metà caudale dell'ipotalamo e dalla parte più ventrale e più caudale del talamo.

Nell'ipotalamo si trovano i centri simpatici e parasimpatici, mentre ad un livello più basso, nel bulbo e nel midollo, si trovano i centri che governano il tono ed i riflessi simpatici più primitivi.

Cushing ha dimostrata la presenza di centri parasimpatici nell'ipotalamo, mediante la iniezione di varie sostanze nei ventricoli, iniezione che provoca vasodilatazione, sudorazione, lagrimazione, salivazione, aumento della peristalsi e vomito.

Penfield studiò un caso nel quale un piccolo tumore incapsulato situato in modo da urtare contro la porzione anteriore e superiore del talamo di ciascun lato, provocava attacchi improvvisi, che egli chiamò di epilessia diencefalica, caratterizzati da intensa dilatazione dei vasi della faccia, del petto e delle braccia, aumento della pressione vasale, lagrimazione, sudorazione, salivazione, tachicardia, respirazione lenta e profonda e brivido.

Ora nella sindrome osservata nei pazienti di ipertensione essenziale si hanno tutti gli elementi constatati nelle turbe determinate dall'iniezioni intraventricolari, dall'eccitazione della regione talamica da parte di un tumore, e infine nella sindrome provocata sperimentalmente con la soppressione della corteccia e quindi con l'ipertensione delle parti subcorticali. Queste analogie dimostrano che anche gli accessi su descritti, i quali si verificano nel corso dell'ipertensione essenziale, sono di origine diencefalica. Dr.

DIVAGAZIONI

L'importanza dell'idrogeno pesante in alcuni fenomeni biologici.

(W. Brandt. *Klin. Wochenschr.*, 13 apr. 1935).

Come ogni nuova scoperta nel campo della fisica e della chimica, anche quella riguardante l'esistenza degli isotopi dell'idrogeno ha trovato la sua immediata applicazione nello studio medico e biologico; per ora le ricerche del genere risultano ancora frammentarie; ciò non di meno si profila già la possibile importanza delle ultime acquisizioni.

L'A. in un ampio articolo passa in rassegna gli studi di ordine chimico e fisico, per poi passare a quelli biologici. Ai primi non possiamo che accennare brevemente.

La differenza nelle proprietà chimico-fisiche fra i due isotopi dell'idrogeno: il Protium H_1 - con la massa 1) e il Deuterium (D - con la massa 2) deriva anzitutto dalla differenza dell'energia che la molecola di tali elementi possiede al zero assoluto; come è noto anche a questa temperatura la molecola presenta modificazioni di posizione (che nulla hanno a vedere coi movimenti in rapporto alla temperatura); ora l'energia di tali movimenti («energia del zero assoluto») importa 6175 cal. pro Mol di idrogeno normale e 4386 cal. pro Mol del diplogeno. Le combinazioni chimiche dell'idrogeno leggero posseggono quindi maggiori riserve di energia che non quelle dell'idrogeno pesante; e tutte le reazioni che, pur potendosi svolgere spontaneamente dal punto di vista energetico, richiedono l'apporto di energia dall'esterno — « calore di attivazione », saranno più facili nel caso di combinazioni dell'idrogeno leggero, poichè posseggono maggior quantità di energia interna. L'idrogeno normale reagisce quindi più rapidamente di quello pesante, tanto più che l'H' essendo di massa minore si muove più rapidamente del D e quindi presenta più facile possibilità di contatto con l'altro elemento reagente.

In tutta una serie di processi si dimostra la più facile reattività (intesa nel senso lato) dell'idrogeno leggero. Così l'H_2 si diffonde più rapidamente del D_2; il calore di evaporazione è più basso per l'H_2 che non per il D_2; la idratazione catalitica del O_2 e NO_2 avviene con D_2 più lentamente che col $H'_{2\ 140}$; l'acido deuteroacetico (CH_3COOD) si dissocia tre volte di meno del comune acido acetico (CH_3COOH) ecc. In genere si è visto finora che la partecipazione dell'idrogeno pesante alle reazioni porta ad un rallentamento di queste; un'eccezione (per lo meno apparente) è rappresentata dal fatto che l'inversione di una soluzione di glucosio viene catalizzata più rapidamente dagli ioni D che non da quelli H.

Si noti inoltre che, secondo le ricerche di Lewis, la differenza nelle proprietà dei due isotopi dell'idrogeno diminuisce col crescere della temperatura.

Non possiamo soffermarci qui sui metodi di ricerca che mettono in evidenza e permettono misurare le proporzioni dell'idrogeno pesante, riferentisi specialmente all'acqua pesante (D_2O); essi si basano essenzialmente sulle determinazioni della densità dell'acqua (misurabile anche col picnometro); anche le altre costanti dell'acqua, come p. es. la conducibilità termica, possono essere utilizzate per determinare le proporzioni di D_2O.

L'importanza biologica dell'idrogeno pesante viene dimostrata dal fatto che mentre la proporzione di D è press'a poco uniforme nelle acque superficiali (anche per la possibilità di continui scambi colla umidità atmosferica), la sua concentrazione è diversa nell'acqua derivata dai vari liquidi organici, anche a seconda degli animali; così il contenuto di D

è relativamente alto nel latte di donna, mentre è uguale a quello dell'acqua comune nel latte di mucca; espresso in $\triangle_s$ (differenza fra la densità dell'acqua comune e quella osservata, a temp. 20° moltiplicata per 100.000) esso importa 1,5 per il sangue umano, 3 nel latte di donna, 0 nell'urina umana, 9 nel latte vaccino; il $\triangle_s$ delle frutta oscilla da 0 a 5 ed è di 4 per il miele. (Le cifre citate si riferiscono all'acqua ricavata dalle diverse sostanze mediante la combustione delle sostanze organiche).

Da Hevesy a Hofer sono state eseguite ricerche sui pesci e su soggetti umani per vedere la rapidità dell'eliminazione dell'acqua pesante, ingerita in forte diluizione. Si è visto (osservando le secrezioni corporee) che l'eliminazione comincia dopo circa mezz'ora per durare in media 14 giorni. Mc Dougall, Verzar ed altri studiarono la rapidità della diffusione nell'organismo dell'acqua pesante ingerita, pervenendo alla conclusione che già dopo un'ora essa si distribuisce uniformemente nelle riserve idriche dell'organismo.

Ricerche di Richards riguardano direttamente l'influenza dell'acqua sui fenomeni biologici in rapporto alla crescita dei funghi. Sembra che l'aggiunta di questa in forte diluizione (1:2000) stimoli la crescita dei saccaromiceti, faccia aumentare il glicogeno e faccia diminuire a l'azoto del terreno di coltura.

La D_2O in istato di quasi purezza inibirebbe l'accrescimento del lievito (Klar e Zickler). Lockemann e Lennig studiarono la resistenza di alcune specie batteriche verso i disinfettanti in rapporto alla presenza di D_2O nella coltura; essi videro che tale resistenza cresce fino ad essere centuplicata quando tale concentrazione è di 28 ‰ per il b. coli ed è di 54 ‰ per il piocianeo.

Molteplici ricerche riguardanti la possibile influenza dell'acqua pesante sui sarcomi e carcinomi dei ratti non hanno finora messo in evidenza alcun influsso del genere (Sugiura, Rea, Weber ecc.).

Come abbiamo già accennato i fenomeni enzimatici vengono in genere rallentati quando nelle complesse reazioni chimiche svolgentisi in essi alla molecola del H_2O viene sostituita quella del D_2O; tale fatto solo in parte può essere attribuito alla minore reattività del D, tanto più che vi sono delle eccezioni come quella che si manifesta per la deidrogenasi.

Si noti come i vari fenomeni osservati non si prestano ancora ad una sintesi. Attualmente si è alla raccolta dei dati, i quali, pur essendo ancora disparati e non sempre concordanti colle nostre spiegazioni teoriche, fanno prevedere che l'esistenza di isotopi di idrogeno (i quali sono forse più di due) deve forse avere un'importanza tutt'altro che secondaria in alcuni fenomeni biologici, nella fisiologia e patologia dell'organismo vivente. S. MINZ.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

A. OMODEI-ZORINI, G. SCORPATI, G. CERUTTI. *Atlante anatomo-radiologico della tubercolosi polmonare.* Vol. di 314 pagine con 508 fig. in nero e numerose tricromie. Ditta Danesi, Roma. Prezzo L. 220.

La letteratura medica italiana si è arricchita in questi ultimi tempi di un magnifico atlante anatomo-radiologico della tubercolosi polmonare, redatto dal prof. Omodei-Zorini e dai suoi collaboratori G. Scorpati e G. Cerutti.

Quest'opera, veramente degna della mente e della penna di Omodei-Zorini, che, ancor giovane ha saputo così brillantemente affermarsi nel campo clinico e tisiologico, assurge, pur nel suo intendimento didattico e documentario, a una veste originale e attraente: essa tenta d'istituire sulla base di ottime radiografie e di preparati anatomici ottenuti con metodo personale (che costituiscono nel loro insieme un dimostrativo museo anatomo-patologico dell'apparato respiratorio) un raffronto sistematico tra le lesioni anatomiche elementari e più complesse con i corrispondenti clichés radiografici; argomento sul quale si erano accinti una diecina di anni fa il Gräff e Küpferly della Scuola di Aschoff e più recentemente l'Armand Delille, con particolare riguardo alla tubercolosi infantile.

L'Omodei-Zorini, aggiungendo il peso della sua grande conoscenza ed esperienza dei problemi tisiologici e sommando in sè stesso la competenza clinica e anatomo-patologica, ha compiuto un'opera più organica, completa e moderna. È di grande interesse per il lettore lo scorrere le pagine ed ammirare accanto al testo redatto in modo semplice, chiaro ed interessante, le ottime riproduzioni in nero e in tricromia che vivificano la lettura e costituiscono degli indiscutibili documenti delle principali alterazioni dell'apparato respiratorio per opera della tubercolosi.

Alcuni capitoli, come quello sulle caverne, sugli infiltrati tisiogeni, sulla collassoterapia, hanno un'assoluta impronta personale, riportando e riassumendo contributi e ricerche dell'A., già favorevolmente noti agli studiosi di medicina e che fanno onore alla Scuola del prof. Morelli ed alla Scienza medica italiana.

L'opera è divisa in tre parti: mentre nella prima è illustrata la tecnica radiologica e anatomica, nella seconda è affrontata la sistematica comparazione delle alterazioni elementari del polmone con le radiografie corrispondenti, partendo dalla tubercolosi miliarica e procedendo per gradi fino ai focolai acinosi, acinonodosi e lobulari; nella terza parte è dato largo sviluppo alla casistica clinico-anatomica personale seguendo la classificazione moderna accettata dal Micheli nel suo recente trattato.

Da ultimo vengono svolte le malattie pleu-

riche, la collassoterapia ed altre forme non tubercolari dell'apparato respiratorio.

L'Atlante, edito dalla Ditta Danesi, che ha raggiunto una notevole perfezione nei clichés in nero e nelle tricromie, è affidato per la diffusione alla Federazione N. I. F. per la Lotta contro la Tubercolosi e non è da dubitare che otterrà il più grande successo.

Così, dall'operosa fucina dell'Istituto Carlo Forlanini che sotto la sapiente e dinamica guida dell'on. prof. Morelli ha già dato tanti importanti contributi scientifici alla tisiologia, continuando degnamente la tradizione del grande maestro, Carlo Forlanini, è uscita questa nuova opera che convinta ammirazione, additiamo all'attenzione di tutti gli studiosi di medicina. C. FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

A. LEMIERRE. *Maladies infectieuses.* Vol. in-8°, Masson et C.ie. Paris, 1935. Fr. 60.

Bella raccolta di 23 lezioni cliniche tenute dall'A. all'Ospedale Claude-Bernard. Riguardano esse le più frequenti e le più temibili malattie infettive: tetano, nefriti infettive, pneumococcie, meningococcie ecc.

Tra le lezioni più interessanti ricordiamo quella sulla febbre ondulante, su di un caso di febbre delle Montagne Rocciose, osservato a Parigi, su di un caso di febbre bottonosa, su due casi di tetano, su di un caso di setticopiemia da bacillo funduliforme, su due casi di setticemia da bacilli emoglobinofili ecc.

Ogni lezione, trattando il singolo argomento dal punto di vista clinico, batteriologico, terapeutico, costituisce un vero completo capitolo di un ottimo Trattato di malattie infettive. L'A. ogni singolo argomento sviscera con profondità e realistiche vedute eliminando teorie. riferendosi unicamente a quanto egli e gli altri hanno osservato al letto del malato. Anche in questo libro è soppresso ogni accenno bibliografico abbenchè degli AA. più reputati siano riportati constatazioni e statistiche.

MONTELEONE.

L. STROMINGER. *La colibacillose.* Vol. in-8° di 250 pagg. Masson & C., Paris, 1935, Fr. 45.

Fino a pochi anni fa di colibacillosi se ne parlava appena, e se questa malattia attualmente sembra essere di grande frequenza, è perchè in questo momento ci troviamo nel periodo delle ricerche cliniche e biologiche.

Donde la necessità di una concezione nuova del colibacillo.

Questo libro, scritto da uno specialista che si è molto interessato della questione, riunisce la maggior parte dei fatti clinici, con documentazioni terapeutiche importanti: le localizzazioni diverse della colibacillosi e le sue manifestazioni sono trattate infatti così magistralmente, che il lettore vede svolgersi dinanzi agli occhi tutto il quadro di una malattia a localizzazioni multiple, dal decorso il più disparato, dalle complicazioni le più impreviste.

Degno di rilievo particolarmente è il capitolo consacrato alle tossine del colibacillo, alle loro ripercussioni sul sistema nervoso e sulle turbe psicopatiche e così pure quello riguardante la contagiosità del colibacillo, la sua portata sociale, la sua importanza nel matrimonio e nella gravidanza, questioni tutte ricche di applicazioni pratiche.

Dato che questa malattia non interessa solamente l'urologo, ma anche l'internista, l'ostetrico, il pediatra e sopratutto lo psichiatra, si comprende facilmente l'interesse che presenta questo libro, nel quale l'A. fornisce uno studio della colibacillosi completo in tutte le sue forme. *a. p.*

J. SABRAZÈS, E. SARIC. *Agranulocytoses, Angines lympho-monocytaires.* Masson et C.ie, Paris, 1935, Fr. 40.

Una più accurata osservazione clinica, lo studio attento della crasi sanguigna, hanno in questi recentissimi tempi fatto accomunare delle sindromi fino ad ora disperse e di confusa interpretazione, tali le cosidette febbri ganglionari, tali speciali angine infettive ecc. Purtuttavia questi casi non sono, come il pratico potrebbe credere, rari. Sabrazès e Saric in questo volume apportano un contributo vasto di osservazioni personali ed in uno con la casistica di molti altri autori, con le proprie ricerche ematologiche, istopatologiche, anatomopatologiche, terapeutiche, mettono in evidenza i punti comuni che fanno di sindromi in apparenza così distanti le une dalle altre, delle forme in stretto rapporto anatomopatologico e patogenetico.

Nel primo capitolo sono trattate le angine monolinfocitarie: febbre ganglionare, poliadeniti infettive acute, febbrili, linfomonocitarie con o senza angina. Nel secondo capitolo è trattata la agranulocitosi, sia essa l'agranulocitosi pura nel senso di Schultz, siano esse le sindromi agranulocitiche. L'ultimo capitolo tratta infine delle leucemie leucopeniche. Largo spazio è dedicato alle osservazioni cliniche: al posto d'onore troviamo i nostri migliori ematologi. Ricerche ed idee nuove sono ben inquadrate: nè è dimenticata la parte pratica, terapeutica, che servirà di preziosa guida al medico che di fronte ad un caso di agranulocitosi oggidì non può senz'altro redigere il fatale giudizio, ma con cure razionalmente condotte potrà sempre ben sperare.

MONTELEONE.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La mastoidite silente.

G. D. Wolf (*Journ. amer. med. assoc.*, 29 giugno 1935) richiama l'attenzione sopra un tipo clinico di mastoidite, a cui dà l'appellativo di silente appunto per la mancanza di nette manifestazioni cliniche, pure in presenza di un processo patologico progressivo.

Tale condizione è importante perchè è relativamente comune e spesso provoca gravi danni all'apparato uditivo e non raramente la morte per complicazioni endocraniche o generali.

In queste condizioni s'impone la mastoidectomia, procedimento che è ad un tempo razionale, conservativo ed efficace, mentre in mani abili non dà mortalità di sorta.

La cefalea nel corso di un'infezione dell'orecchio deve essere considerata come un segno precoce di allarme. Ad ogni modo, ogni paziente che ha avuto un'infezione dell'orecchio va accuratamente seguìto e se l'orecchio non diventa completamente secco, la perforazione del timpano ben guarita con ripresa della lucentezza, si ha un falso senso di sicurezza anche se mancano dolore e febbre.

Fra i segni utili per la diagnosi, oltre la cefalea, l'A. indica i seguenti: secrezione specialmente se fetida; diminuzione dell'udito; dolorabilità profonda ed edema della mastoide; nausea e vomiti; insonnia ed irrequietudine, specialmente nei bambini. La radiografia (o se questa non si può fare, la transilluminazione) potrà essere di notevole aiuto.

fil.

L'osteomielite vertebrale.

Al periodo iniziale è di diagnosi difficile: fenomeni generali comuni a tutte le osteomieliti acute. La contrattura vertebrale e la sensibilità alla percussione di una o due apofisi spinose sono mascherate dai sintomi più svariati. Si pensa a meningite, ascesso perinefritico, reumatismo articolare acuto, febbre tifoide, peritonite, polmonite.

Nel periodo di stato, nessun segno nè clinico nè radiologico permette di differenziarla dal morbo di Pott. L'analisi del pus è il solo elemento di certezza; la presenza di stafilococco o di streptococco fanno propendere per la natura osteomielitica. L'assenza di microbi, con o senza bacilli di Koch tende a dimostrare che si tratta di morbo di Pott.

Una certa importanza l'hanno la cutireazione e la sierodiagnosi.

Gli antecedenti, il modo d'inizio e l'evoluzione devono pure attirare l'attenzione.

La diagnosi col morbo di Pott è importante perchè il trattamento è del tutto differente.

Nel morbo di Pott, vi sono delle regole terapeutiche assolute: immobilizzazione, eventualmente innesti, puntura degli ascessi.

Nell'osteomielite, è invece consigliabile la aspettativa armata. Se dopo qualche giorno di riposo, cadono i fenomeni generali si può sperare che l'ascesso si riassorba senza trattamento. Un malato osservato da M. e R. Soeur (*Le Scalpel*, 8 giugno 1935) sarebbe stato immobilizzato per vari anni se fosse stato preso per morbo di Pott; l'A. non ha fatto che trattarlo col semplice riposo, facendolo poi alzare dopo poco più di due mesi dall'inizio.

Quando l'ascesso si raccoglie, lo si apre; drenaggio per la faringe, per via paravertebrale, per laminectomia, per via inguinale.

Se la suppurazione passa a cronicità, si è autorizazti a praticare un raschiamento con asportazione dei sequestri. Soltanto nei casi fistolizzati e cronici, la terapia si avvicina a quella del morbo di Pott.

fil.

Per la diagnosi di morbo di Pott.

Le forme cliniche di questa malattia sono spesso fruste. Nel bambino, il dolore, la rigidità e la grande gibbosità attirano rapidamente l'attenzione. Si esamina la rigidità facendo raccattare dal bambino un oggetto posto a terra; se esiste morbo di Pott, il bambino non vi arriva se non flettendo le ginocchia. Così pure si cercherà la limitazione dei movimenti di iperestensione; per ciò, si metterà il bambino col ventre in basso, a piatto, e si sollevano le gambe. Normalmente si forma allora una grande curvatura lordotica, che non si produce in casi di rigidità della colonna.

Nell'adulto, non si deve contare molto sui segni di rigidità, specialmente all'inizio della malattia e si devono ricercare molto attentamente. Più caratteristici sono i dolori, che si manifestano a crisi, si accentuano col ridere, con lo starnuto e certi movimenti e si calmano col riposo in letto. I malati si lamentano spesso di un dolore irradiantesi a cintura, quindi di origine radicolare.

La gibbosità nell'adulto si tradisce spesso con una piccola deviazione (talora laterale) delle apofisi spinose, a scalino. Si ricercherà attentamente la presenza di un ascesso nella fossa iliaca e la irritazione del midollo, che si manifesta con esagerazione dei riflessi rotulei ed achillei. Tale irritazione può essere un segno precocissimo, probabilmente determinato dalle tossine tubercolari. La paraplegia è sintoma tardivo.

La diagnosi positiva si fa con l'esame radiologico, che deve essere molto minuzioso e fatto sia di faccia che di profilo.

La prognosi è sempre grave. Si tratta di una malattia a guarigione lenta e risvegli fre-

quenti. Lentissima è la consolidazione dell'adulto. Si diceva un tempo che 3 anni di gesso e 3 di busto bastavano; oggi Mathieu (*Journ. des praticiens*, 12 genn. 1935) consiglia di essere più pessimisti e di non predire mai la data della guarigione completa. *fil.*

Durata della fissazione nella cura delle fratture della colonna vertebrale.

Böhler nel suo trattato sulla cura delle frattura consiglia di immobilizzare per 10-12 settimane le fratture della c. v.; la successiva esperienza lo ha spinto a ritornare sull'argomento; egli scrive (*Br. Beil. z. Klin. Chir.*, v. 161, p. 298, 1935) che fratture con gibbo inferiore a 5° guariscono con fissazione di 8 settimane; 12 settimane sono necessarie per un gibbo di 10°-20° e 4-6 mesi per un gibbo maggiore. Se tolto l'apparecchio la c. v. si piega è necessario nuovamente ridurre e immobilizzare. Irrigidimenti della c. v. e atrofia dei muscoli non sopravvengono a causa della fissazione se si fanno praticare gli esercizi prescritti. L'A. coglie l'occasione per ribadire e difendere il suo concetto della necessità di ridurre precocemente tutte le fratture della c. v., anche e specialmente quelle con fenomeni paralitici; sola controindicazione è rappresentata da lesioni concomitanti gravi che rendono il caso disperato. P. Stefanini.

Indicazioni, controindicazioni e risultati lontani dell'operazione di Duvernay.

Duvernay (*Lyon Chirurg.*, n. 2, 1935) comunica i buoni risultati a distanza ottenuti in 10 pazienti affetti da artrite cronica dolorosa dell'anca, col suo metodo che consiste nel praticare in anestesia locale il « forage » della testa femorale, raggiungendo il centro di questa attraverso il collo. Tale operazione ha solo valore sintomatico, togliendo quasi sempre il dolore per un periodo di tempo abbastanza lungo. Come agisce è difficile dirlo.

Forse modifica profondamente l'equilibrio circolatorio della testa femorale, rompendo il circolo vizioso iperemico di questa regione, che secondo Leriche è all'origine delle lesioni dell'artrite cronica dell'anca.

Le indicazioni più frequenti sono le forme dolorose del male, che rendono penosissima la vita, specie le forme bilaterali, e può anche essere praticata in soggetti anziani, deboli e diabetici. Un'anca trattata col « forage » può in secondo tempo, essere trattata, se occorre, con l'artroplastica o l'artrodesi. È contro indicata nelle forme non dolorose.

R. Grasso.

Sui patereci ossei e articolari e sui flemmoni delle guaine.

Numeroso il materiale della II Clinica Chir. di Budapest (6000 casi) su cui Hudacsek (*Br. Beit. z. Klin. Chir.*, v. 161, p. 264, 1935) fa alcune osservazioni.

Le sistematiche indagini batteriologiche avrebbero dimostrato il ruolo importante che hanno gli anaerobi nell'etiologia dei più gravi patereci.

Accurate ricerche radiologiche escluderebbero la possibilità di rigenerazione di una falange distrutta dal processo suppurativo.

Circa la cura l'A. insiste sulla necessità di fare precocemente larghe incisioni, specie nei casi gravi e nei flemmoni delle guaine. La mortalità dei casi gravi fu così soltanto del 0,7 per cento. P. Stefanini.

Gli scricchiolii mandibolari.

X.-J. Dubecq (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 luglio 1935) richiama l'attenzione su questo incomodo, che affligge più spesso il sesso femminile e che può avere conseguenze dannose, sia perchè la paziente ha un terrore dei pasti e limita quindi eccessivamente la sua alimentazione, riducendosi in uno stato di debolezza e di nervosismo, sia perchè talvolta la riduzione che la paziente fa generalmente da sè diventa impossibile e richiede l'opera del chirurgo e l'anestesia.

L'inizio è spesso insidioso. Il malato ha come la sensazione che la sua mandibola si arruginisca durante la notte e si prova a « srugginirla » con movimenti di apertura e chiusura della bocca. Dopo un certo tempo appare il segno caratteristico: lo scricchiolìo, sordo, percepito dal malato e da chi gli sta vicino. Se ne hanno generalmente due: l'uno a mezza apertura, l'altro alla fine dell'apertura; raro è quello di chiusura.

In altri, l'apertura della bocca è abnormemente esagerata, lo scricchiolìo si fa sentire alla fine dell'apertura ed i malati tentano di evitarlo limitando il movimento di apertura.

Il secondo segno quasi costante è dato dal dolore, che si risveglia nel parlare, nello sbadigliare e specialmente durante i movimenti di masticazione; è anche provocato dalla pressione diretta sull'articolazione.

L'A. studia la patogenesi di questo disturbo, riportando vari casi personali ed osserva che l'unica terapia consiste nell'intervento chirurgico: capsuloplicatura seguita o non da capsulopessia, oppure meniscopessia, oppure infine da meniscectomia.

Due vie d'accesso sono indicate per raggiungere l'articolazione temporo-mascellare: la meniscectomia e la resezione. La via preauricolare con le sue incisioni multiple è la sola usata in Francia; in Germania, si preferisce la via retroauricolare. Ognuna di essa ha i suoi vantaggi ed i suoi inconvenienti. *fil.*

La solfoterapia.

A Landolfi (*Nuova medicina italica*, 1935, N. 6), in una lezione tenuta all'Istituto clinico

« A. De Giovanni » tratta di questo argomento brillante ma molto controverso, su cui non è ancora detta l'ultima parola. Accennato alle svariate applicazioni dello zolfo, si sofferma soprattutto sulla terapia solforosa nelle malattie gastro-intestinali ricordando dapprima la cura della sindrome emorroidaria, in cui i preparati solforosi sono adottati da tempo, nelle note formule a base di fiori di solfo, con magnesia, ecc.

Ma soprattutto importante è l'applicazione dello zolfo nelle gastroenteriti, enterocoliti, proctiti, sotto forma di associazione dello zolfo con acido lattico, ed estratto di colombo, quale si ha in alcune specialità, per cui non si ha soltanto l'azione locale ed astringente, ma anche quella generale dovuta all'effetto energetico dello zolfo stesso. Tali preparati sono già largamente usati nella pratica pediatrica e sono consigliabili in quella generale. La loro efficacia viene anche confermata da G. Roi (*Cultura medica italiana*, aprile 1935), che la contrappone alla semplice terapia lattica e ne dimostra l'utilità in pediatria. *fil.*

SEMEIOTICA

Variazioni fisiologiche della temperatura umana.

Se vi è un dato fisiologico su cui l'accordo sembra generale, è proprio la temperatura del corpo umano, con le sue variazioni nictemerali. Tutti gli autori sembrano d'accordo per fissare la temperatura rettale di un individuo normale in riposo sui 37°, con variazioni di 0°,8 a 1°. Le temperature minime (alle 3-4 del mattino) sono verso 36°,4-36°,5, mentre quelle massima (16-18) sui 37°,4-37°,5. Poca importanza hanno le variazioni di latitudine, di clima, di razza: pochi decimi di grado di variazione.

Tale nozione sembra stabilita così solidamente che una temperatura pomeridiana superiore a 37°,5 viene considerata come patologica. R. Sabre e Hiriberry (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 luglio 1935) avendo avuto occasione di osservare degli individui in perfetto stato di salute e con temperature differenti da quelle comunemente accettate come normali, hanno fatto una serie di osservazioni da cui risulta che su 25 individui esaminati, ve ne erano 3 con temperature minime di 37°,4-37°,8 e massime di 38°-38°,2; ed altri 3 con temperature minime di 35°,65-35°,9 e massime di 36°,35-36°,8. (Gli altri rientravano nelle cifre normali).

Tali stati di iper- od ipotermia non erano transitori, ma permanenti. In due degli ipertermici, la determinazione del metabolismo basale ha dato cifre del tutto normali.

Se ne deve concludere che l'iper- e l'ipotermia costituiscono dei valori individuali, che debbono essere determinati prima di pensare a disturbi patologici. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Eziologia batterica del " Foetor ex ore ".

M. Girolami (*Giorn. di Batt. ed Immun.*, luglio 1935) in due su 8 individui con alitosi, ha isolato dall'essudato tonsillare un germe che produce in agar un odore molto simile a quello presentato dall'alito degli individui stessi. Trattasi di un bacillo gram-negativo che non coagula nè acidifica il latte, non fermenta nessun carboidrato, non produce indolo. Tali proprietà corrispondono a quelle del *B. alkaligenes alkalofoetidus* isolato da Castellani in casi di *foetor ex ore* e da lui indicato come causa di tale disturbo.

L'accertamento di una tale eziologia potrebbe avere anche un certo significato pratico, nel senso di un possibile trattamento vaccinico.

fil.

VARIA

Sterilizzazione umana.

La legislazione riguardante la sterilizzazione umana è considerata nel 1935 in dieci Stati, ma forse si pratica effettivamente in un numero maggiore.

Certamente certi difetti strutturali e mentali si ereditano, però la sterilizzazione dovrebbe applicarsi solo a quei difetti di cui si conosce bene non solo l'ereditarietà ma anche il modo di trasmissione.

Il comitato di Brock (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 1° giugno 1935) non ritiene che siano giustificate le obbiezioni mosse alla sterilizzazione riguardanti il consenso volontario di chi deve essere sterilizzato e che consistono precisamente nell'opinione che, per la loro deficienza mentale, gli sterilizzandi si persuadano facilmente a sottoporsi alla sterilizzazione e non hanno il senso critico che renda accettabile un loro consenso.

R. LUSENA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

M. MAZZEO e V. MAURO. *Della frequenza di lesioni tuercolari polmonari nei panificatori.* -- Rif. Med., Napoli, 1935.

V. PETTINARI. *Contributo alla conoscenza della cosidetta osteocondromatosi articolare.* — L. Cappelli, Bologna, 1935.

M. DE SANTIS. *Se il siero di sangue dei tubercolosi abbia potere battericida o inibitore rispetto al bacillo tbc.* — Ind. Grafiche Stucchi, Milano, 1934.

F. DOMINICI. *Sul comportamento del sistema reticolo-endoteliale nei granulomi micotici.* — Tip. Rossetti, Pavia.

A. SALERNI. *Esperienze con un nuovo tonico del sistema neuro-genitale.* — Tip. Editrice Minerva, Torino, 1935.

F. GRIECO. *Sulla patogenesi della mesenterite retrattile.* — Tip. Di Lauro, Napoli, 1935.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

IX. - Limiti della attività degli odontotecnici.

È noto che l'art. 11 del regolamento 31 maggio 1928, n. 1334, stabilisce i limiti dell'attività degli odontotecnici. Contro questa disposizione ricorsero alcuni interessati, ritenendola lesiva delle loro attribuzioni professionali. Si discusse dell'ammissibilità del ricorso. Ma la eccezione è stata correntemente superata, essendosi osservato che l'art. 11 stabilisce precisi divieti che limitano o escludono l'esercizio di determinate attività, sicchè ledono immediatamente e direttamente determinati interessi professionali. Si è anche discusso della proponibilità del ricorso, ritenendosi che il regolamento 1928, n. 1334, sia un decreto legislativo; ma il Consiglio di Stato lo ha esattamente definito regolamento delegato e, quindi, ha ammesso il controllo di legittimità al fine di stabilire se quell'atto abbia superato i limiti della delegazione, o sia contrario alla legge.

Precisato così il diritto di agire, sia dal punto di vista dell'interesse professionale azionabile, sia da quello della natura giuridica dell'atto impugnato, il Consiglio di Stato, Sezione IV, con sentenza 16 marzo 1935, n. 159, ha dichiarato legittime tutte le disposizioni dell'articolo 11, che regolano e limitano la attività degli odontotecnici, ed ha negato il fondamento del ricorso anche sotto il profilo dell'eccesso di potere, in quanto cioè il governo, secondo i ricorrenti, pur non violando la legge, sia stato eccessivamente rigoroso, abbia cioè considerato atti pertinenti esclusivamente alla odontoiatria anche quelli che potrebbero essere compresi nell'attività odontotecnica. Si tratta — ha osservato la decisione — di valutazioni tecniche discrezionali, non sindacabili dalla autorità giurisdizionale.

X. - Licenziamento per fine di prova: termine.

La giurisprudenza del Consiglio di Stato ha costantemente ritenuto illegittimo il licenziamento deliberato, anzi notificato, quando siano decorsi 21 mesi dalla data dell'assunzione del servizio: ha considerato inderogabile il termine.

Recentemente si è presentato un caso particolare, che poteva destare qualche interesse. Un medico condotto presentò dichiarazione di dimissioni volontarie. Ricevuto quest'atto, il Comune non rispose: era fuori di controversia l'accettazione tacita. Certamente non c'era attestazione espressa. Frattanto, il medico continuò a prestare servizio. Decorsi 21 mesi, quando il Comune non poteva più deliberare il licenziamento per fine del periodo di prova, il medico condotto notificò un atto col quale revocava la dichiarazione di dimissioni volontarie. La revoca era possibile perchè c'era soltanto un atto unilaterale e la dimissione non è operativa di effetti sino a quando non sia accettata ed è revocabile. Il Podestà, che avrebbe licenziato il medico condotto se non si fosse dimesso, provvide ma con ritardo. Da ciò un ricorso al Consiglio di Stato. La quistione più importante era questa: la dichiarazione di dimissione non ancora accettata *influiva* sul termine per l'esercizio del potere di licenziamento?

Il Consiglio di Stato ha confermato anche in questo caso la sua giurisprudenza, con decisione 22 giugno 1935, ric. Costa. Ha distinto i due atti: la dichiarazione di dimissione volontaria, non essendo stata ancora accettata, era revocabile; peggio per il Comune se non provvide; fu revocata in tempo e, quindi, aveva perduto ogni efficacia; il licenziamento per fine di prova deve essere in ogni caso deliberato almeno tre mesi prima del biennio. Perciò ha annullato la deliberazione del Podestà.

XI. - Titoli di preferenza nei concorsi.

Spesso le Commissioni valutano, agli effetti del giudizio di idoneità, titoli di preferenza. E' un errore. Questi titoli, in quanto non si riferiscano, per il loro contenuto, alla capacità specifica in relazione allo scopo del concorso, hanno efficacia di *preferenza*, a parità di merito, ma non sono valutabili per la formazione della graduatoria di idoneità. Il Consiglio di Stato ha confermato più volte questa regola. Con decisione 7 giugno 1935 ric. Mighelli, l'ha riesaminata in relazione al titolo di iscrizione al P. N. F., del quale ha così precisato il valore: « Questo titolo invero, dalla legislazione che ha avuto inizio col R. D. L. 13 dicembre 1933, n. 1706, e che ha avuta la sua definitiva sistemazione col R. D. L. 5 luglio 1934, numero 1176, è contemplato fra quelli che danno soltanto diritto a preferenza, in caso di parità di merito, e che, per ciò stesso, non possono essere anche valutati come titoli di capacità, sia pure generica, ed influire così nella formazione della graduatoria di merito ».

S'intende però che in certi concorsi la iscrizione al Partito, il brevetto della marcia su Roma, la benemerenza di guerra ecc., possono avere importanza se il requisito soggettivo che ne risulta abbia specifica attinenza allo scopo del concorso. Ciò non si verifica per le nomine dei sanitari; ma non è da escludere a priori la possibilità di una valutazione.

Vogliamo dire che anche un titolo considerato per legge causa di preferenza può essere utile agli effetti dell'accertamento di certi requisiti.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

L'assunzione di medici civili da destinarsi alle colonie.

Sono in corso, da parte del Ministero delle Colonie, le assunzioni in servizio di medici civili da destinarsi alle colonie. L'assunzione a contratto dei medici viene fatta dal Ministero a seguito di richiesta di personale sanitario da parte del Governo coloniale. Pur non trattandosi di un concorso, le domande dei candidati sono sottoposte al giudizio di apposita commissione la quale previo esame dei titoli professionali prodotti dagli interessati, sceglie i sanitari che devono essere chiamati a sostenere l'esperimento pratico, che consta di una prova pratica di chirurgia e medicina generale (esame di un malato con deduzioni diagnostiche e terapeutiche) e di una prova orale sul pronto soccorso chirurgico, medico ed ostetrico. L'esperimento è sostenuto presso il Policlinico Umberto I di Roma. Nessuna retribuzione compete al medico per spese di viaggio e permanenza in Roma. I sanitari ritenuti idonei vengono assunti in servizio a contratto-tipo, nei limiti segnati dall'amministrazione e dalle richieste del Governo delle Colonie. Comunque, il fatto che abbiano conseguito la idoneità nelle prove, non costituisce per il candidato un diritto ad ottenere la assunzione, alla quale il Ministero delle Colonie procede a suo insindacabile giudizio.

Per potere aspirare all'assunzione a contratto-tipo, in qualità di medico coloniale, occorre non avere superato i 35 anni. Questo limite però è aumentabile: di 4 anni per coloro che risultino inscritti ininterrottamente al Partito da data anteriore al 28 ottobre 1922; di 5 anni per gli excombattenti; di altri 4 per i decorati al valore militare, invalidi di guerra e per ferite da causa fascista. Detti benefici di maggiorazione sono cumulabili. L'assunzione a medico coloniale viene fatta al grado X prima categoria, con i seguenti assegni mensili: per la Libia circa L. 1600; per l'Eritrea circa L. 2000; per la Somalia circa lire 2500. In caso di assunzione, il Ministero si riserva la facoltà di destinare i medici coloniali a qualunque colonia, secondo le esigenze di servizio.

Medici di bordo.

Un provvedimento legislativo in corso di pubblicazione consente che sulle navi mercantili dirette a porti dell'Africa Orientale possano essere imbarcati, in qualità di medici di bordo, anche i medici non forniti della speciale autorizzazione prevista dal R. D. 29 novembre 1925 n. 2288 e concessa dal Ministero dell'Interno solo ai medici che abbiano sostenuto con esito favorevole speciali esami di idoneità.

I medici i quali desiderino fruire delle agevolazioni su accennate e compiere viaggi in qualità di medico di bordo delle navi mercantili dirette all'Africa Orientale, sono pregati di rivolgersi per informazioni alla Sede della Società « Italia » (Flotte riunite) in Genova.

Per l'esercizio sanitario nelle Colonie Italiane o nella marina mercantile, ricordiamo l'interessante libro del

Dott. ROMOLO RIBOLLA

Medico diplomato della Marina Mercantile

Medicina Tropicale e Igiene Marinara

MANUALE TEORICO-PRATICO PER I MEDICI

secondo i nuovi programmi per gli esami di abilitazione a medico di marina mercantile.

Ecco come si è espresso un insigne scienziato italiano su questo libro del Ribolla:

« Caro Ribolla, ...

« *Ho ricevuto il di Lei eccellente Manuale che sarà* « *di* **grande utilità pratica** *per medici e studenti.*

« *Le auguro ogni successo e mi rallegro davvero con* « *Lei.* « Aff.mo collega ALDO CASTELLANI ».

Da New Orleans, La. (U. S. A.).

Riportiamo anche uno dei tanti giudizi espressi dalla stampa consorella:

« *Va data molta lode alla Casa Editrice Luigi Pozzi, benemerita della cultura medica italiana, per aver apprestato e presentato in così degna veste tipografica un libro di cui si sentiva veramente il bisogno, essendo ormai esaurite le edizioni dell'opera fondamentale del Manson e dei Manuali del Rho e del Gabbi.*

« *Il Dott. Ribolla, medico diplomato nella marina mercantile, facendo tesoro della lunga esperienza acquistata nei paesi tropicali e nelle nostre colonie, e dello studio amorosamente coltivato di questa branca, ha fornito ai nostri studiosi, dopo un piccolo Manuale Hoepli rapidamente esaurito, un libro di più lunga lena in cui la vastissima materia è trattata con ordine e competenza degna di ammirazione.*

« *Presentato con una lettera veramente lusinghiera del Murri e con un giudizio del Castellani, è facile preconizzare al libro il più grande successo. Esso è diviso in quattro parti. Nella prima è svolto completamente tutto ciò che riguarda tutta l'igiene navale e coloniale. La seconda riguarda i modi di accertamento diagnostico delle malattie. Nulla dimentica qui l'A. dei più importanti mezzi d'indagine non solo per la diagnosi delle malattie, ma anche per l'esame bromatologico degli alimenti e delle bevande, per l'esame delle urine, per l'uso dei vaccini e dei sieri e anche dell'insulina nei climi tropicali. Nella terza parte l'A. si occupa di quello che veramente costituisce la Patologia esotica con la descrizione completa di tutte le malattie speciali ai climi tropicali, facendo larghissima parte alle malattie più frequenti nelle nostre colonie, e più specialmente agli studi degli autori nostrani che di tali malattie si occuparono non solo nelle colonie, ma anche nella zona pretropicale della patria nostra. La parte quarta si occupa della Legislazione sanitaria riguardante la Sanità Marittima. In una breve appendice sono poi studiate alcune malattie cosmopolite, che però con grande frequenza si verificano a bordo, dal vaiuolo al sodoku, e per le quali era opportuno che il medico avesse pronto un breve ricordo della sintomatologia e della cura.*

« *Questo Manuale del* RIBOLLA, **chiaro, bene informato, dovrebbe far parte indispensabile del bagaglio di chi dovrà esercitare la professione sanitaria a bordo e nei paesi tropicali: esso è una vera piccola enciclopedia che sola può bastare a tutte le necessità del medico, di cui sarà guida fedele e sicura** ».

(da « Annali di Medicina Navale e Coloniale », anno XXXII, vol. II, fasc. V-VI).

F. L. C.

Volume di pagg. XVI-491, con 39 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **52** più le spese postali di spedizione.

Esclusivamente per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **35** in porto franco in Italia. Per l'estero L. **40**.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Bolzano 10 ottobre; Messina 15 ottobre. Per Massa proroga al 15 ottobre, ore 18.

FRASCATI (*Roma*). *Ospedale S. Sebastiano M.* — Il termine utile per la definitiva presentazione delle domande e documenti di concorso al posto di Chirurgo Primario nel predetto ospedale di cui il bando del 14 agosto è prorogato al 14 ottobre 1935.

LENDINARA. — (Vedere ROVIGO).

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Concorso, per titoli, al posto di Primario Chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde del 12 % e delle altre ritenute come per legge); compartecipazione del 40 % dei proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40 salvo le eccezioni di legge. Sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche Universitarie od Ospedali di almeno 500 letti. Laurea conseguita da almeno 10 anni. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 20 ottobre 1935-XIII. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Nardò.

ROVIGO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posto di Medico Direttore della Sezione dispensariale di LENDINARA. Stipendio lorde L. 3000 annue. Età massima anni 40 salvo eccez. di legge. Tassa di concorso L. 50. Scadenza 20 ottobre 1935.

SONDRIO. *R. Prefettura.* — Scad. 31 ottobre, ore 18; direttore della Sezione med.-micrograf. del Laboratorio provinc. d'igiene e profilassi; titoli ed esami; L. 15.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att. Rivolgersi all'Ufficio sanitario provinciale.

VARESE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — È aperto il concorso a 5 posti di Medico Dirigente delle Sezioni Dispensariali ed al posto di Medico-Aiuto del Dispensario Provinciale. Stipendio annuo lordo L. 4000. Ai sanitari non abitanti nel Comune Sede del Dispensario verrà corrisposta un'indennità speciale di L. 4000 annue, il tutto con le riduzioni stabilite dai RR. DD. LL. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 arile 1934 n. 561. Scadenza ore diciotto del 15 novembre 1935-XIV. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Varese.

CONCORSI A PREMI.

Premio Cesare Lombroso.

È aperto il VII concorso, pel 1935, al premio Cesare Lombroso; si chiuderà il 31 dicembre 1935. Il premio sarà di lire mille ed accompagnato da una artistica Targa in bronzo.

I concorsi saranno giudicati dalla Direzione dell'« Archivo » coadiuvata da apposita Commissione.

I concorrenti potranno trattare qualsiasi argomento di Antropologia Criminale e in qualsiasi forma: studi anatomici, fisiologici, psicologici, esposizione ed illustrazione di casi criminali, biografie di criminali, elaborazione di dati statistici in studi monografici o riassuntivi.

I lavori debbono essere indirizzati alla Direzione dell'« Archivio di Antropologia Criminale e di Medicina Legale », Torino (118), via Legnano 26. I manoscritti, ove non siano firmati, debbono essere contraddistinti da un motto riportato su una busta chiusa in cui sarà il nome dell'autore.

La Commissione giudicatrice si riserva il diritto di assegnare il Premio anche a studiosi che non abbiano concorso, in ragione dell'importanza e della natura di loro produzione scientifica.

BORSE DI STUDIO.

Presso la R. Università di Napoli è bandito un concorso a 4 borse di studio, delle quali tre di L. 500 ciascuna ed una di L. 1000, soggette alla ritenuta della tassa di R. M.

Al concorso delle tre borse di studio di L. 500 ciascuna sono ammessi gli studenti del terzo, quarto e quinto anno ed alla borsa di L. 1000 gli studenti del sesto anno di medicina e chirurgia, di disagiata condizione economica, appartenenti alle antiche provincie continentali del Mezzogiorno d'Italia, i quali non godano assegni di Comuni, di Provincie o di altri Enti. L'avere ottenuto l'assegno dalla Cassa scolastica o un sussidio dall'Università non impedisce l'ammissione al concorso.

Le domande di ammissione, redatte su foglio da L. 4, dovranno essere presentate alla Segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia non più tardi delle ore 13 del 15 ottobre, corredate dal mod. A (stato di famiglia) e dal certificato dell'agente delle imposte dei luoghi di nascita e di dimora di entrambi i genitori.

I concorrenti debbono avere riportato negli esami consigliati dalla Facoltà per gli anni precedenti una media complessiva di 24/30 e l'approvazione a primo scrutinio.

Gli esami avranno luogo nella seconda quindicina di dicembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Commissione nominata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche per l'aggiudicazione dei premi « Lepetit » per laureati nel quinquennio 1928-1932, composta dal prof. Frugoni, presidente, e dai proff. Spolverini e Vernoni, membri, esaminate le 313 pubblicazioni presentate dai 25 concorrenti che avevano ottemperato alle norme del bando di concorso ha assegnato 5 premi da L. 1500 ciascuno ai dottori: Cardin Augusto dell'Università di Padova; Cimmino Aldo dell'Università di Napoli; Gerbi Claudio dell'Università di Milano; Guarino Alberto dell'Università di Padova; Sacchi Ulrico dell'Università di Milano.

Il premio « Cesare Lombroso » d'Antropologia Criminale, nel concorso internazionale pel 1934, è stato unanimemente assegnato dalla Commissione giudicatrice al dott. Luigi Vervaeck, direttore generale del Servizio carcerario d'Antropologia criminale nel Belgio.

Il dott. Marcel Pinard è nominato presidente della Società francese di dermatologia e sifilografia.

Il dott. John Alfred Ryle è nominato, a partire dal 30 settembre, regio professore di medicina all'Università di Cambridge, quale successore di Sir Walter Langdon-Brown, che va in congedo per limiti d'età; il Ryle proviene dal « Guy's Hospital ».

NOTIZIE DIVERSE

I Congressi medici di Bologna.

Il XXXII Congresso della Società It. di Ginecologia e Ostetricia si svolgerà all'Archiginnasio di Bologna dal 12 al 15 ottobre prossimo; saranno svolti i seguenti temi: « Lo sport e la donna », relatore prof. Francesco Scaglione, direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Catania; « Il segmento inferiore dell'utero », relatore prof. G. Revoltella, direttore della R. Scuola Ostetrica di Trieste; « La terapia del cancro dell'utero », relatore prof. A. Bertino, direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Padova.

Nei giorni 8 e 9 ottobre si svolgerà all'Archiginnasio il II Congresso della Società di Patologia Generale, con il seguente programma:

Discorso inaugurale del prof. Centanni su « Prospettive sull'incremento degli studi nel campo della Patologia Generale ».

Relazioni: prof. Amilcare Zironi, dell'Istituto Sieroterapico Milanese su: « Le immunità non sierologiche; la istogena »; dott. prof. Bruno Botta, dell'Istituto di Patologia Generale dell'Università di Bologna su « La chimica dei tumori con speciale riguardo alla presenza di agenti oncogeni nel tumore formato »; prof. Vincenzo Bisceglie, direttore dell'Istituto di Patologia dell'Università di Sassari, su « Apporti realizzati e realizzabili in fisiopatologia dalle culture di tessuti »; « Chimica delle vitamine, degli ormoni e loro sintesi » (per questo tema è stato ufficiato il prof. Gaetano Quagliarello, dell'Istituto di Chimica Biologica della R. Università di Napoli).

Il Congresso di Ortopedia, presieduto dal prof. Vittorio Putti, si aprirà il 21 ottobre con una relazione del prof. G. Faldini, di Parma, sul tema « Traumi e paralisi ostetriche della spalla ». Il 22 ottobre il prof. F. Delitala, di Venezia, riferirà sulle « Lesioni interne del ginocchio ».

Il Congresso Nazionale di Otorinolaringologia si svolgerà dal 20 al 22 ottobre sotto la presidenza del prof. Pietro Caliceti. Sarà posto all'ordine del giorno il seguente tema di relazione: « Le petrositi », su cui riferiranno i proff. Gino Merelli e Salvatore Traina.

Il 1° Congresso Nazionale dei nuclei italiani di Radio-Biologia, si svolgerà dal 21 al 22 ottobre, sotto la presidenza dell'on. Alessandro Ghigi e la vice-presidenza del prof. Giangiuseppe Palmieri. Tema generale di relazione: « Energie radianti ed energie cellulari », relatore il dott. Mario Lenzi. Ai visitatori verrà offerta l'interessante visione di una serie di apparecchi per la produzione dei vari tipi di radiazioni.

Nei giorni 22 e 23 ottobre si terrà il Congresso di Medicina dello Sport, cui è assicurato l'intervento da ogni parte d'Italia di medici iscritti alla Federazione Medica dello Sport, di Ispettori di zona, Fiduciari, addetti alle Società sportive, ai Guf e ai Fasci Giovanili di Combattimento.

Il tema ufficiale di relazione: « Sull'attività dei Medici dello Sport dedotta dalle osservazioni e dall'esperienza », sarà svolto dal prof. Giovanni Pini, presidente del Congresso.

Si prevede che in occasione del Congresso, verranno poste le basi e presi gli accordi per l'istituzione di regolari corsi universitari di Medicina dello sport.

Azioni giudiziarie.

Il dott. Burnett (Colorado, Stati Uniti) ha intentato causa contro due coniugi, Wyath, da cui reclamava il pagamento degli onorari per dieci anni di cure da lui prestate. I due coniugi opposero che l'importo doveva essere ridotto, perchè il medico aveva sbagliato diagnosi e dato prove di negligenza. In primo giudizio le loro recriminazioni non furono accolte, perchè le azioni contro i medici per deficienza professionale, sono prescritte dopo due anni. La Corte suprema, però, ha invertito il giudizio, stimando che l'azione contro il medico per deficienza professionale era strettamente connessa con l'azione del medico per la richiesta del compenso e ha stabilito che debba farsi un nuovo giudizio.

A Münster un lavoratore, che era stato operato in ospedale di appendicite, si ripresentò dopo qualche tempo, per farsi estrarre dallo stomaco due salviette usate per la plessimetria; intentò poi causa, affermando che esse erano state dimenticate nell'atto operatorio; ma la frode era troppo manifesta ed il tribunale ha condannato il simulatore a due mesi di prigione.

In seguito alla morte di una donna, avvenuta per trichinosi contratta mangiando salsicce crude di maiale contenenti trichina, era stato condannato quale responsabile, da un Tribunle dello Stato del Michigan negli S. U., il fabbricante. Questi però ricorse in appello e venne assolto, dopo un dibattito, le cui conclusioni principali furono le seguenti:

Non si può stabilire con sicurezza che un maiale sia o no infetto da trichina, a meno di un esame microscopico di tutto l'animale, che un tempo era praticato, ma attualmente non più, perchè non sempre risponde. Per uccidere la trichina eventualmente presente, occorrerebbero speciali processi di refrigerazione o di disinfezione che però nuocerebbero alla freschezza della carne. A parte questi trattamenti insoliti, il fabbricante in questione aveva osservato, nella preparazione degli affettati, tutte le ordinarie precauzioni igieniche; d'altra parte la carne di maiale condizionata in salsicce non dovrebbe essere consumata cruda che eccezionalmente e una breve cottura è sempre sufficiente ad eliminare ogni pericolo d'infezione.

Il dott. Cuvier di Bordeaux, gasato di guerra, invalido al 100 %, ha chiesto, in applicazione di una legge speciale (del 2 genanio 1932), di essere promosso ufficiale della Legion d'onore; il ministro della guerra si è opposto, considerando il paziente come « ferito in servizio » e non come « ferito in guerra »: donde un ricorso al Consiglio di Stato, che ha riconosciuto i diritti del ricorrente ed ha affermato che il ministro aveva violato la legge, negando l'onorificenza.

Un po' dovunque.

Numerosi medici sono partiti volontari per l'Africa Orientale. A tutti va il nostro augurale saluto.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un decreto con il quale sono richiamati alle armi per mobilitazione i sottufficiali e militari di truppa di Sa-

nità e Sussistenza nati nel primo semestre del 1912, in congedo illimitato.

Il 3 settembre si è pubblicata una Convenzione internazionale per la difesa contro la dengua; fra i 13 Stati firmatarî è l'Italia.

Il 44° Congresso francese di chirurgia si terrà durante i giorni 7 ottobre e ss. nella Facoltà medica di Parigi sotto la presidenza del prof. Gaston Michel di Nancy. Temi: Infarto del mesentere, Le fratture del calcagno, Tecnica e sequele delle operazioni interessanti il diaframma (la frenicectomia eccettuata).

La « Société de médecine publique et de génie sanitaire » organizza il suo 22° Congresso d'igiene dal 21 al 23 ottobre a Parigi, nei locali dell'Istituto Pasteur. I lavori concerneranno l'igiene e la protezione della prima infanzia e saranno distribuiti in tre temi: alimentazione, igiene delle collettività di lattanti, organizzazione sociale della protezione della prima infanzia. Rivolgersi al segretario Dr R. Dujarric de la Rivière, rue du Docteur Roux 28, Paris XVe, Francia.

La 94ª riunione della Società dei naturalisti e medici tedeschi è stata rimandata per la seconda volta; si terrà nel settembre 1936 a Dresda.

L'Associazione Medica Cinese terrà la 3ª Conferenza generale a Canton dall'1 all'8 novembre; i lavori saranno ripartiti in 11 Sezioni. Indirizzo: the Secretary, the Chinese Medical Association, Tsze Pang Road 41, Schanghai, Cina.

La « Société Médicale du Littoral Méditerranéen » organizza il suo 12° viaggio medico internazionale di Natale sulla Costa Azzurra dal 26 dicembre al 4 gennaio. Per il programma e per informazioni rivolgersi alla segreteria, rue Verdi 24, Nizza.

Durante il 1934 gli ospedali di Berlino hanno accolto in grande prevalenza malati provenienti dalla città, salvo l'ospedale della Charité, ove i malati di Berlino furono incirca 3/5, mentre 1/4 provenivano dal Brandenburgo. Nell'Ospedale Virchow furono accolti 28.000 malati; segue l'Ospedale Horst Wessel, con 18.000 malati.

A Londra è stato tenuto di recente un banchetto, presieduto da Neville Chamberlain, allo scopo di riunire dei fondi per la dotazione e l'ampliamento dell'ospedale « Marie Curie ». Ai discorsi in onore della sig.ra Curie, ricercatrice instancabile e grande benefattrice dell'umanità, rispose la figlia sig.na Eva, rievocando la memoria di colei che dedicò la sua vita agli altri, « mettendo nell'aiutare chi aveva bisogno della sua opera, tutto quell'appassionato esntusiasmo che sdegnava impiegare nella ricerca degli onori ».

Nella Scuola medica di Tananarriva, al Madagascar, il 29 giugno fu inaugurato un busto del prof. Fontoynot, che per 36 anni ha insegnato in quella scuola e per 27 anni l'ha diretta; egli ora ha lasciato il posto per i limiti d'età. Il monumento sorge nella corte d'onore; è opera della scultrice sig.na Anna Quinquaud. I fondi sono stati raccolti tra la popolazione malgasca e quella europea del Madagascar, in riconoscenza degli inestimabili servizi del Fontoynont durante la sua lunga carriera medica.

A Pavia, innanzi ad un denso ed eletto pubblico, tra cui quasi tutti i membri delle varie Facoltà, il prof. Fedele Fedeli ha commemorato il compianto prof. Gaetano Fichera.

Il periodico « El Dia Médico », in occasione del suo 7° anniversario, ha pubblicato un numero speciale, in data 5 agosto, recante 19 contributi originali e 6 conferenze, oltre a note di medicina pratica, cronaca ecc.

Le organizzazioni sanitarie austriache hanno allo studio numerosi problemi: la riforma della legge sulla vaccinazione antivaiolosa (nel senso di rendere obbligatoria la vaccinazione di coloro che hanno avuto contatti con i malati); la nuova regolamentazione delle assicurazioni sanitarie; l'assicurazione contro la tubercolosi durante l'età scolastica; la proposta avanzata dai professori della facoltà per la fondazione di un istituto di fisica medica; i compensi ai donatori di sangue ecc.

Il milite Renzo Aluidi, delle CC. NN. di Rimini, si è fatto operare per recarsi volontario nell'Africa Orientale.

Per un infortunio motociclistico è morto il dott. Gerhard Totze, assistente nell'Istituto di fisiologia dell'Università di Kiel.

La Polizia Tributaria ha sequestrato nel porto di Ancona un forte quantitativo d'oppio ed arrestato due contrabbandieri.

È morto il prof. LÉON FRÉDÉRICQ, emerito di fisiologia all'Università di Liegi, decano dell'Accademia Reale di Medicina del Belgio, uno dei maggiori fisiologi dei tempi nostri. Le sue ricerche concernettero in specie la circolazione e la respirazione; molta eco destò la sua scoperta che i movimenti della respirazione sono sotto la dipendenza di un centro midollare, il cui automatismo è condizionato dal tenore del sangue in anidride carbonica. Il Frédéricq fondò con P. Héger il periodico « Archives internationales de Physiologie ».

M.

È morto nella sua casa di cura a Bologna, in età di soli 47 anni, dopo lunga e penosa malattia, il prof. CESARE CAVINA, reputatissimo chirurgo. Fu assiduo e apprezzato collaboratore del nostro periodico.

M.

Rivista di Malariologia

PUBBLICAZIONE MENSILE.

SEZIONE I.

Sommario del N. 3 - 1935.

Contributi originali: KRAAN H., DE BUCK A. & SWELLENGREBEL N. H. On the fat- and water-content of hibernating « Anopheles maculipennis » var. « atroparvus » and var. « messeae » in Holland. — SCHWETZ J. Recherches morphologiques sur un « Haemoproteus » spécial et deux « Plasmodiums » du hibou « Syrnium nuchale » et sur deux « Plasmodiums » du petit tisserin « Brachycope anomala » (Fam. « Ploceidae ») (1 fig., 2 tav.). — RIOLO P. La terapia adrenalinica venosa delle splenomegalie malariche. — MOSNA E. & SALUSTRI E. Grado di resistenza alla chinina di differenti ceppi di « Plasmodium vivax » (3 graf.). — DE MELLO F. & BRÂS DE SÁ L. J. Ne pourra-t-on faire revivre la « Vieille Gôa »? (2 carte). — ZAVATTARI E. Modello di lettino a zanzariera per i paesi tropicali (3 fig.). — **Supplemento**: Conferenze tenute all'Istituto di Malariologia (5 tav., 4 grafici).

Abbonamento pel 1935: Italia L. **50**, Estero L. **90**; ai nostri abbonati L. **45** e L. **85** rispettivamente; un numero separato: Italia L. **6**, Estero L. **10**.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI. Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Revue de Chir., apr. — A.-B. CONSTANT. Ulcera peptica sperimentale cronica.

Paris Méd., 20 apr. — Numero di idro-climatoterapia.

Revue Neurol., mar. — L. VAN BOGAERT. Displasie neuro-ectodermiche congenite.

Amer. Med., mar. — Numero sulla limitazione delle nascite.

Journal A. M. A., 6 apr. — A. L. BLOOMFIELD. Degenerazioni cancerose precoci dell'ulcera peptica. — G. A. e R. L. WILLIAMS. Stimolazione insulinogena dello sviluppo sessuale.

Brit. Med. Journ., 20 apr. — J. E. STACEY. Analgesia nel travaglio.

Presse Méd., 20 apr. — A. CLERC. Lezione inaugurale di clinica medica.

Quaderni dell'Allergia, mar. — M. MESSINI. Aspetti clinici dell'allergia.

Quarterly Journ. Med., apr. — H. RAMAGE e J. H. SHELDON. Emocromatosi. — R. S. HANDLEY e A. M. NUSSBRECHER. Pseudo-emofilia ereditaria. — R. S. AITKEN e C. WILSON. Tentativi di dimostrazione di una sostanza ipertensiva negli ipertesi.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., mar. — L. MOLLO. Batteriemia tbc. nelle affezioni chirurgiche e negli stati post-operatori. — A. CAMPANINI e L. ZANETTI. Anafilassi e immunità.

Amer. Journ. Med. Sc., apr. — A. C. COHN e W. H. LEWIS. Polmonite lobare e digitale. — R. M. JOHNSON. La polmonite nella febbre ondulante. — J. H. BARACH e D. H. BOYD. Nefrosi ipoproteinemica trattata con acacia. — M. WISHNOFSKY e A. P. KANE. Glicemia e glicosuria nel diabete. — M. JOANNIDES. Frenite acuta primaria.

Bull. Ac. de Méd., 9 apr. — PÉHU e al. Eritroblastosi tipo Cooley.

Münch. Med. Woch., 25 apr. — L. R. MÜLLER. Rapporti tra sistema simpatico e parasimpatico. — E. NEUMANN. Complicazioni da diverticolo di Meckel.

Arch. Mal. du Foie ecc., mar.-apr. — N. FIESSINGER e R. MESSIMY. La sindrome emorragico-ascitica delle cirrosi.

Pathologica, 15 apr. — F. CORTESE. Rottura di un'arteria del cuore per aterosclerosi. — P. PARENTI. Sclerosi renale da glomerulonefrite embolica di Löhlein a decorso cronico. — R. PASTINE. Segno di Velez nella infezione tbc.

Accad. Med., mar. — A. CONTADINI. Insufficienza del cuore nella aortite sifilitica.

Croce Rossa, feb. — V. PUNTONI. Possibilità di un'offesa batteriologica in guerra.

Bull. Méd., 27 apr. — Numero di reumatologia.

Brit. Med. Journ., 27 apr. — E. D. TELFORD e J. S. D. STOPFORD. Tromboangite obliterante. — J. P. LOCKHART-MUMMERY. Il problema del cancro.

Journal A. M. A., 13 apr. — Lavori varî sull'urolitiasi.

Journ. Méd. Franç., apr. — Numero sulle infezioni non suppurate del sistema nervoso.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 11 apr. — A. CAMPANI. Corrispondenze topografiche e antagonismi morbosi cutanei e viscerali.

Riforma Med., 27 apr. — C. FAELLI. I figli dei diabetici.

Med. Welt, 27 apr. — Numero d'idrologia.

Acta Med. Italica, mag. — Numero sulla medicina sociale.

Arch. It. di Dermatol. ecc., apr. — V. MANCA PASTORINO. Difterite vulvare. — N. TEDESCHI, G. MACCHIAGODENA. La reazione di Kahn nella sifilide.

Rass. Ital. di Med. Soc., 1. — A. ILVENTO. Limiti della medicina sociale. — A. CUZZI. Medicina e Stato Corporativo.

Riv. di Cl. Ped., apr. — M. AIAZZI-MANCINI. Analisi e sintesi della vitamina C. — M. PAVIA. Pellagra e « distrofie inapparenti » nel bambino

Klin. Woch., 4 mag. — J. DISCHREIT. L'intermedina nel diabete insipido. — H. EHRENWALD. Ionoforesi cranio-cerebrale. — H. LIPPERT. Funzione capillare e ipertonia.

Münch. Med. Woch., 2 mag. — W. H. WEIL. Clinica delle malattie dell'ipofisi.

Practitioner, mag. — Numero sulle malattie allergiche.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 7 Ottobre 1935 - XIII Num. 40

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA
LABORATORIO DI MICROGRAFIA E BATTERIOLOGIA
diretto dal prof. R. MAGGIORA-VERGANO.

Il ciclo di sviluppo degli Ossiuri.
Sua importanza in medicina pratica

per il prof. GIUSEPPE PENSO,
docente in Parassitologia Medica
e in Patologia e Igiene Coloniale.

Fra le malattie parassitarie più diffuse e più tenaci va certamente compresa l'Ossiurosi, che, se è frequente nell'infanzia, non è rara fra gli adulti.

Tutti i medici sanno quanto difficile e vano sia combattere contro questa infestazione, che, se provoca sindromi di solito non gravi, è causa sempre di disturbi noiosi sgradevoli e insopportabili, che fanno veramente penare i poveri malati, i quali, spesso, tutto hanno tentato per vincere la ribelle infestazione.

Ed infatti poco o nulla c'è da fare: gli Ossiuri assistono impavidi al passaggio delle più diverse sostanze medicatrici; e seguitano a vivere a lungo e a loro agio nell'intestino del disgraziato ospite prescelto; se la terapia, infatti, riesce a farli tutto al più scomparire dalle feci per qualche tempo, non impedisce mai il loro improvviso e numerosissimo ritorno.

È una storia, questa, di tutti i giorni, e che i medici pratici conoscono a memoria.

Quale, ora, la ragione di questa tenacia di infestazione e di questa difficoltà di terapia?

Nel passato, non riuscendosi a dare una plausibile spiegazione a questo fatto — ed anche perchè si era visto che in vitro numerosi medicamenti agiscono con efficacia sugli Ossiuri — si era concluso che la persistenza di questi vermi nell'intestino non era dovuta a speciali condizioni inerenti i vermi stessi o alla inefficacia dei rimedi impiegati, ma alla conseguenza di ripetute e continue autoinfestazioni alle quali va soggetto l'individuo malato, specie se bambino.

Questa ipotesi si basava sul fatto che le uova degli Ossiuri contengono, appena emesse, l'embrione già sviluppato e capace di infestare direttamente — senza passare attraverso nessun ospite intermedio — l'ospite definitivo, in questo caso l'uomo.

E basandosi su questa ipotesi si è creato tutto un sistema di terapia e di profilassi con-

tro le reinfestazioni, sistema universalmente conosciuto, radicato ormai nella mentalità dei medici e, direi quasi, anche in quella dei profani, sistema che, però, praticamente non ha mai dato risultati positivi.

Si diceva: i malati non guariscono perchè si reinfestano; si reinfestano perchè, dato il prurito anale che causa la malattia, si grattano l'ano imbrattandosi, così, di uova le dita, le quali, portate successivamente alla bocca, veicolano gli agenti delle reinfestazioni.

E si diceva tutto ciò senza pensare che le uova di Ossiuro sono rarissime a rinvenirsi nelle feci e ancora più rare sul bordo anale, che esse vengono espulse all'esterno insieme al verme femmina che le contiene ancora nell'utero, e che per imbrattarsi le dita di uova occorre sfrangere una femmina pregna, il che non è una evenienza tanto facile giacchè gli Ossiuri non fuoriescono spontaneamente dall'ano — come fanno, ad esempio, le proglottidi di *Taenia solium* —, ma fuoriescono conglobati alle feci, ed è quindi raro che una una femmina pregna rimanga proprio sul bordo anale pronta a farsi sfrangere dalle dita che cercano lenire il prurito, sintoma questo che, d'altronde, non è costante.

D'altro canto, quel ricorrere dall'ano alla bocca se può essere vero per qualche bimbo incosciente, non lo è certo per gli adulti; specie per quegli adulti di buone condizioni sociali che, messi sull'avviso del pericolo a cui corrono, pongono la più grande attenzione e mettono in atti le più strette regole d'igiene personale ed intima.

Malgrado queste regole, però, le infestazioni perdurano, e perdurano anche in quei bimbi che — sorvegliati da mamme attente e premurose — vanno a letto dopo aver ricevuto un clistere d'acqua e aceto, dopo aver avuto l'ano cosparso di pomata antiparassitaria o antipruriginosa, dopo aver indossato un paio di mutandine pulite e avere calzato persino dei guanti!

E allora? e allora perchè seguitare a insistere con queste famose autoinfestazioni?

Ben'altra, infatti, è la ragione per cui liberare dagli ossiuri un intestino infestato è impresa ardua e difficile: si tratta, infatti, di una ragione biologica, legata al ciclo di sviluppo degli Ossiuri, ciclo che ho avuto la fortuna di poter per primo mettere in evidenza.

***

Ho potuto, infatti, dimostrare che gli Ossiuri hanno un ciclo di sviluppo monogeno, vale a dire che essi sono capaci di compiere tutto il loro ciclo di vita — adulto-uovo-embrione-adulto — presso lo stesso individuo, senza avere in alcuna maniera bisogno di trasmigrare all'esterno.

Nota da lungo tempo, ormai, è la proprietà che hanno le femmine di Ossiuro di perforare la mucosa dell'appendice e di andare a situarsi in piena parete appendicolare.

A questa constatazione non fu data nel passato alcuna importanza biologica, ci si polarizzò, infatti, sull'eventuale rapporto fra presenza di Ossiuri e genesi dell'appendicite, sostenendo alcuni che quest'ultima fosse senza altro la stretta conseguenza dell'infestazione dei primi. Ma se questa concomitanza di affezioni non prova gran che nell'ipotesi di una etiologia verminosa delle appendiciti, data la scarsa percentuale di appendici contemporaneamente infiammate e infestate, conferma invece l'ipotesi, ormai del resto suffragata dall'esperienza e dalla constatazione del fatto, che gli Ossiuri si comportano ugualmente nella totalità dell'intestino, vale a dire che ovunque essi si trovano hanno la capacità di perforare la mucosa e di andare a situarsi fra le tuniche intestinali.

Questo fatto, documentato ormai ampiamente con reperti di autopsia (vedi le microfotografie originali allegate al mio secondo lavoro del 1932) può servire a spiegare una parte delle difficoltà che si riscontrano nella terapia dell'Ossiurosi: mentre, infatti, relativamente facile è fare espellere, con i medicamenti antielmintici ordinari, i vermi che si trovano nel lume intestinale, molto difficile, invece, è fare agire questi medicamenti sui vermi nascosti in piena parete intestinale.

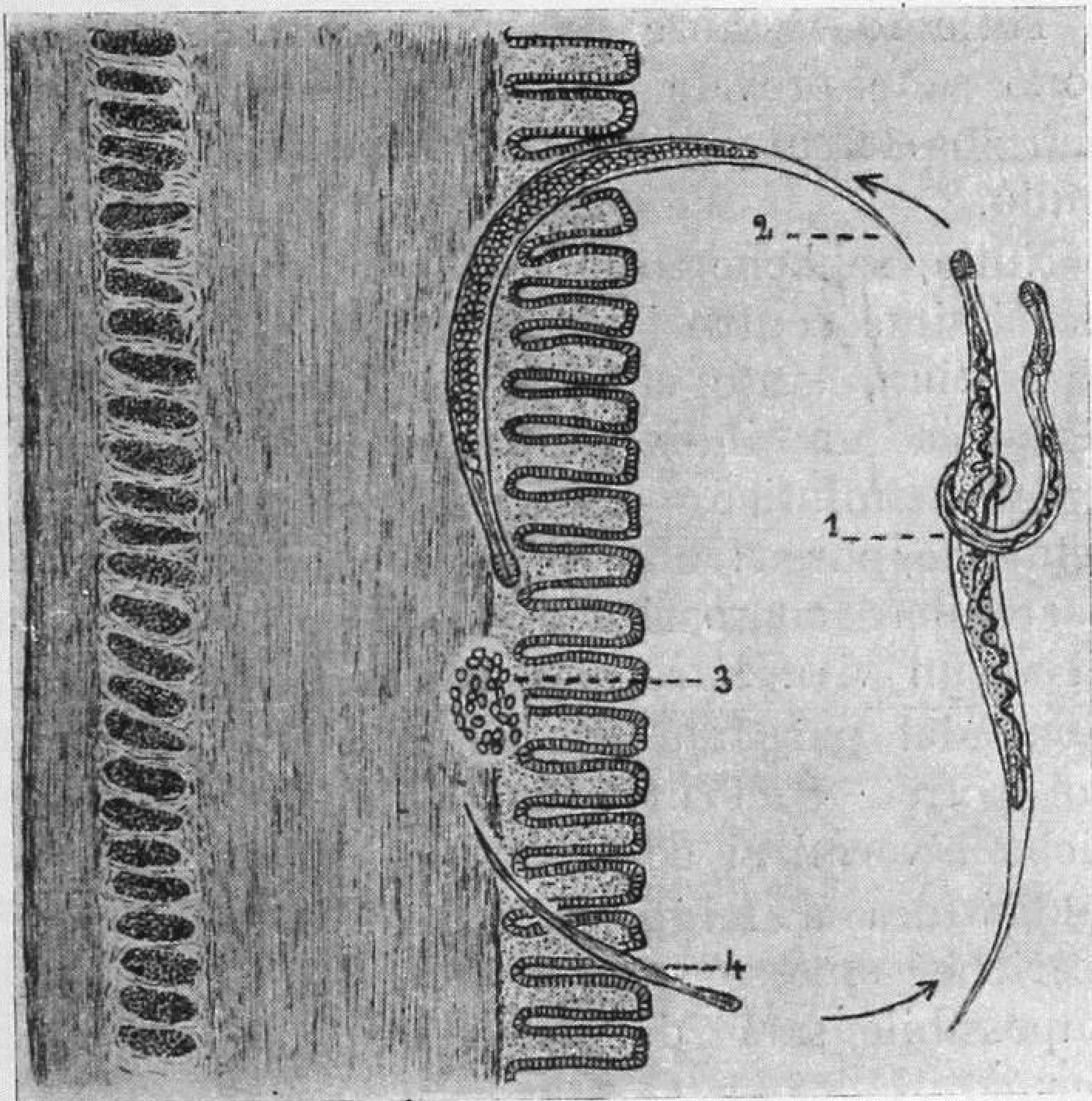
Perchè mai, ora, le femmine degli Ossiuri, e soltanto le femmine, emigrano di tanto in tanto nella mucosa intestinale?

Non è certamente per andare a cercare il nutrimento, giacchè, se così fosse, gli Ossiuri dovrebbero dimorare in permanenza nello spessore della parete intestinale; d'altro lato, essendo le sole femmine ad emigrare di tanto in tanto, evidente è l'ipotesi che queste migrazioni siano legate a ragioni biologiche inerenti il sesso.

Ed infatti io ho potuto mettere in evidenza che nella parete intestinale di uomini o altri animali infestati da Ossiuri, si rinvengono ammassi di tipiche uova di Ossiuro (vedi microfotografie originali annesse al mio secondo lavoro del 1932). E non solo: nello spessore della mucosa intestinale si possono mettere in evidenza anche embrioni di Ossiuri e gusci vuoti di uova, il che porta ad ammettere che quelli sono usciti da questi e che il ciclo di sviluppo di questi vermi si può compiere tut-

to nello stesso ospite e con le modalità e il meccanismo riassunto nella unita figura schematica.

E precisamente: il maschio e la femmina adulta si accoppiano nell'intestino dell'ospite; la femmina fecondata fora la mucosa ed emigra nello spessore della parete intestinale; quivi depone le sue uova, dalle quali fuoriesce in seguito l'embrione che, riforando in senso inverso la mucosa, raggiunge di nuovo il lume intestinale, dove diviene adulto ed atto, quindi, a ricominciare il ciclo.



Ciclo di sviluppo degli Ossiuri nell'intestino umano (sezione schematica): 1 - Ossiuri, maschio e femmina, accoppiati nel lume intestinale; 2 - Ossiuro femmina, pregna di uova, che penetra nella sottomucosa; 3 - Ammasso di uova di Ossiuro nella sottomucosa; 4 - Embrione mentre perfora la parete intestinale per raggiungere il lume dell'intestino, ove diverrà adulto e ricomincerà il ciclo.

Da queste constatazioni, dunque, si può concludere che gli Ossiuri sono capaci di compiere presso lo stesso ospite, sebbene in sedi differenti, tutta la loro evoluzione: la fase adulta e il periodo di accoppiamento nel lume intestinale; il periodo del parto, per la femmina, tutta la fase embrionale e la prima fase larvale nella parete dell'intestino.

***

Accanto a queste considerazioni di ordine biologico, detto particolare ciclo di sviluppo degli Ossiuri serve a spiegarci altri fatti.

Prima di tutto la ragione per la quale è difficilissimo — realmente difficile — il trovare uova di Ossiuri nelle feci di individui gravemente infestati.

In secondo luogo la ragione per la quale nelle feci non si rinvengono mai, anche in seguito a trattamenti energici, larve di primo stadio.

In terzo luogo la ragione per la quale i vermi, che dopo cure razionali e ripetute sembrano completamente scomparse dalle feci, vi ricompaiono dopo qualche tempo in numero maggiore di prima.

Ed infatti impossibile è il trovare le uova e le larve nelle feci, giacchè le prime vengono deposte nella parete intestinale e le seconde in questa nascono e si trovano; d'altro canto, l'azione dei medicamenti antielmintici è incompleta, giacchè essi, per quanto efficaci possano essere, esercitano la loro azione soltanto sui vermi adulti o sulle larve in stadio avanzato presenti nell'intestino, non hanno alcuna azione sulle uova e sulle larve nascoste nella parete intestinale e da questa protette.

Non basta, dunque, invocare semplicemente la possibilità delle autoinfestazioni per spiegare la tenacità e la durata dell'Ossiuriosi; bisogna tener conto, sopratutto conto, della particolarità biologica degli Ossiuri: di essere capaci, cioè, di compiere tutto il loro ciclo di sviluppo senza aver bisogno di allontanarsi dall'intestino dello stesso ospite.

Quanto, poi, all'ipotesi delle autoinfestazioni, io ho voluto ricercare nelle mani di bimbi affetti da Ossiuriosi, la presenza o meno di uova di Ossiuri, ricerca che mi è riuscita sempre negativa, malgrado le diverse tecniche usate: lavaggio delle mani e successiva centrifugazione dell'acqua; lavaggio delle mani e saturazione dell'acqua con sale per portare le uova in superficie; esame diretto della sostanza raccolta nel letto sottoungueale; sospensione di detta sostanza in soluzione satura di cloruro di sodio.

Nè mi è stato possibile mettere in evidenza uova di Ossiuri sulle mie dita, dopo aver lavorato con vermi femmine adulte. La ricerca, invece, mi è riuscita positiva — e questa esperienza l'ho fatta a titolo di controllo — soltanto allorchè schiacciavo un verme fra le dita; a tal proposito dirò che ho potuto constatare una certa resistenza del verme stesso allo schiacciamento, resistenza dovuta alla notevole elasticità di questo.

Del resto, come potersi riempire le dita di uova, se queste non sono presenti nelle feci? Non ci sarebbe, dunque, che la possibilità, già enunciata al principio e chiarita poco fa, dello schiacciamento di un verme durante il grattamento; evenienza, questa, ripeto, alla quale non credo, giacchè se essa si può avve-

rare una volta, non è davvero la regola di tutte le infestazioni da Ossiuri; infestazioni sempre tenaci, lunghe, quasi invincibili.

Posto poi, ma non concesso, che queste autoinfestazioni da grattamento anale e successivo trasporto delle uova alla bocca siano possibili nell'uomo, come spiegare la massività dell'infestazione, la perseveranza di questa, la difficoltà di terapia, che si riscontra negli animali che vanno soggetti a Ossiuriosi?

Anche per essi vale la teoria delle autoinfestazioni? per i cavalli? per i muli? per gli asini? per le lepri? per i conigli?

D'altro canto, come spiegare l'inizio massivo delle infestazioni nell'uomo? Evidentemente, come per ogni altra infestazione similare da vermi — ascaridi e tricocefali —, l'uomo ingerisce casualmente con i cibi poche uova del parassita, uova che daranno poi luogo nell'intestino ad altrettanti individui adulti quanti erano le uova ingerite.

Ora, perchè nel caso delle ascaridiosi e delle tricocefalosi il numero dei vermi presenti nell'intestino è abitualmente scarso: uno, due, cinque, dieci individui al massimo — ciò non toglie la possibilità, d'altronde molto rara, di infestazioni ben più gravi —; mentre nelle parassitosi da Ossiuri l'infestazione è sempre massiva: centinaia e centinaia sono i vermi che si cominciano improvvisamente ad emettere con le feci?

Evidentemente ciò dipende dal fatto che i primi Ossiuri sviluppatisi nell'intestino hanno dato origine *in loco* a varie generazioni di vermi, sì da fare accrescere enormemente il loro numero primitivo.

Con la descrizione di questo ciclo monogeno, come spiegare, infine, le periodiche emigrazioni rettali degli Ossiuri?

Chiaro appare che dette emigrazioni — alle quali sottostanno si può dire esclusivamente le femmine pregne — debbano anch'esse avere uno scopo e una finalità biologica: e precisamente quella di propagare e di diffondere la specie da uomo a uomo.

La Natura previdente, infatti, non si limita ad assicurare soltanto la sopravvivenza dell'individuo, ma la conservazione dell'intera specie; noi abbiamo, del resto, numerosi altri esempi di parassiti a ciclo monogeno che compiono trasmigrazioni anali periodiche al solo scopo di perpetuare e diffondere la specie: ricorderò, per tutti, un altro parassita dell'uomo e di alcuni roditori: l'*Hymenolepis nana*.

***

Quali deduzioni d'ordine pratico si possono ora trarre dalla constatazione dei fatti or ora esposti?

Prima di tutto lo sfatamento della leggenda delle autoinfestazioni, le quali, se pure sono teoricamente possibili, praticamente non lo sono; e, di conseguenza a ciò, l'inutilità di prendere tutte quelle penose precauzioni notturne, di cui già si è detto, per evitare il grattamento anale — che, del resto, si avvera soltanto nei casi in cui vi è prurito, sintoma questo, che, ripeto, non è assolutamente costante. —

In secondo luogo la creazione di un nuovo orientamento per la terapia di questa affezione.

Tutte le sostanze comunque antielmintiche sono state provate contro l'Ossiuriosi e tutte con lo stesso preciso risultato: praticamente nullo.

Nullo, sebbene tutte dette sostanze siano efficacissime contro i vermi adulti presenti nell'intestino, tanto efficaci che basta somministrare a un individuo affetto da Ossiuriosi un antielmintico — è sufficiente anche una semplice purga: olio di ricino, calomelano — per vedere comparire nelle feci una miriade di vermi vivi. E se si ripete la somministrazione del purgante per tre giorni successivi, voi potrete constatare come nelle prime scariche i vermi si contano a centinaia, se non addirittura a migliaia, mentre nelle ultime scariche, emesse sotto l'effetto del purgante, impossibile sarà di solito rinvenire un solo verme.

Eppure se ciò può praticamente voler dire che in quell'intestino non vi sono più Ossiuri, dopo due o tre settimane i piccoli vermi cominciano di nuovo a comparire innumeri nelle feci.

E perchè questo?

Perchè se facilissimo è allontanare dal lume intestinale gli Ossiuri presenti, vano riesce distruggere le femmine pregne, le uova o le larve presenti nello spessore della mucosa intestinale.

Gli antielmintici che noi somministriamo agiscono di solito meccanicamente; classico, infatti, l'esempio dell'antielmintico più efficace: l'olio cloroformico. Il cloroformio addormenta, paralizza momentaneamente i vermi; l'olio di ricino li porta via.

Ora, questa azione non si può esercitare su vermi che, non essendo presenti nel lume intestinale, non possono subire l'azione espellente del purgante.

Nella terapia dell'Ossiuriosi bisogna, dunque, o cercare altri metodi o perfezionare quelli esistenti, applicandoli in rapporto alle conoscenze biologiche che oggi noi possediamo su questi parassiti.

Dalle osservazioni che io ho potuto fare mi sono convinto che gli Ossiuri mettono una ventina di giorni per compiere il loro ciclo: ciò significa che nell'intestino vi è una *poussée* di nuovi vermi presso a poco ogni venti giorni. Ed infatti i malati di Ossiuriosi sanno molto spesso come i vermi non siano sempre presenti nelle loro feci, ma compaiono di tanto in tanto per qualche giorno: di solito ogni tre settimane all'incirca.

Se noi, dunque, interveniamo con una appropriata terapia elmintifuga ogni venti giorni, noi potremo riuscire a fare espellere le femmine fecondate, prima che esse abbiano forato la parete intestinale e siano andate a nascondersi nella sottomucosa.

A questo scopo, per combattere le infestazioni da Ossiuri, bisogna somministrare, *per tre giorni di seguito e ogni tre settimane*, un adatto antielmintico: basta anche un semplice purgante. Così facendo, si lotta contro i vermi con un ritmo e una concezione che corrisponde esattamente alla loro biologia.

Bisogna, però, pensare che tutte le generazioni di Ossiuri non si riproducono nello stesso tempo, vale a dire che esse non sono tutte sulla stessa linea, di modo che potremo avere due o più generazioni che si alternano fra loro, onde la grandissima difficoltà della cura con antielmintici.

In ogni modo il medico farà bene a domandare ai propri malati se essi notano un periodico comparire o aumentare dei vermi nelle feci, per regolare allora la propria terapia sul ritmo della comparsa dei vermi stessi.

Tutto ciò, se si vogliono seguire i vecchi metodi elmintifugi; ma io sono del parere che nella cura dell'Ossiuriosi, bisogna, ormai, percorrere nuove vie e cercare nuovi medicamenti capaci di uccidere i vermi, gli embrioni, ed eventualmente anche le uova innicchiate nello spessore della parete intestinale; e io credo che solo con un medicamento (forse l'antimonio) somministrato per via parenterale si potrà riuscire a raggiungere lo scopo e sperare di vincere veramente questa diffusa, tenace e fastidiosa infestazione, la cui difficoltà di terapia era fino ad oggi ostacolata dalla nostra ignoranza sul ciclo dello sviluppo degli Ossiuri, ignoranza che oggi, fortunatamente, non è più.

RIASSUNTO.

L'A. descrive il ciclo di sviluppo degli Ossiuri, ciclo che si compie tutto presso lo stesso ospite, e precisamente: la fase adulta e il periodo di accoppiamento nel lume intestinale; il periodo di parto, per la femmina, tutta la fase embrionale e la prima fase larvale nella parete dell'intestino. Dimostra come il concetto delle così dette autoinfestazioni sia erroneo, e come la persistenza dell'affezione e la difficoltà di terapia siano da mettere in rapporto non con queste pretese autoinfestazioni, ma con il ciclo di vita degli Ossiuri. Traccia, infine, uno schema di terapia, basandolo sulle nuove conoscenze che si vengono oggi ad avere su questi parassiti.

BIBLIOGRAFIA.

PENSO G. *Osservazioni sullo sviluppo degli Ossiuri*. Bull. e Atti della R. Acc. Med. di Roma, 1932, LVIII, 160.

ID. *Présence des oeufs d'Oxyures en pleine muqueuse intestinale et biologie des Oxyures*. Annales de Parasitologie humaine et comparée, 1932, X, 271.

ID. *Nouvelles considérations sur la biologie des Oxyures*. Ibid., 1933, XI, 268.

Pubblicazione SEMI-GRATUITA:

Ricordiamo l'importante libro del

Prof. CARLO BASILE

Diplomato in medicina tropicale al Royal College of Phisicians a. Surgeons (Londra) - Libero docente in Parassitologia nella R. Università di Roma.

Diagnostica delle malattie parassitarie

Prefazione del Prof. V. ASCOLI

Ne diamo qui di seguito l'Indice-Sommario:

PREFAZIONE. — PARTE I. PROTOZOI. - CARATTERI GENERALI: MORFOLOGIA, FISIOLOGIA, RIPRODUZIONE, CLASSIFICAZIONE - STUDIO SISTEMATICO DEI PROTOZOI PARASSITI. - I. PROTOZOI INTESTINALI: *A*) AMEBE INTESTINALI DELL'UOMO. - *B*) FLAGELLATI INTESTINALI DELL'UOMO. - *C*) SPOROZOI INTESTINALI DELL'UOMO. - *D*) CILIATI INTESTINALI DELL'UOMO. - MODO DI TRASMISSIONE DEI PROTOZOI INTESTINALI PATOGENI. — II. PROTOZOI DEL SANGUE: *A*) EMOFLAGELLATI. - *B*) EMOSPORIDII. - *C*) SPIROCHETI. — PARTE II. METAZOI. - STUDIO SISTEMATICO DEI METAZOI PARASSITI. - I. PLATELMINTI: *A*) TREMATODI. - *B*) CESTODI: PSEUDOPHILLIDEA; CYCLOPHILLIDEA; CISTICERCUS CELLULOSAE; SPARGANUM MANSONI; ECHINOCOCCUS. — II. NEMATELMINTI: *A*) NEMATODI.

Riportiamo anche uno dei tanti giudizi espressi dalla stampa medica italiana su questo *Manuale*:

« *L'alta competenza dell'A. si riflette su tutta l'opera. Scrivendo per i medici, egli si è limitato alle nozioni che li interessano, cioè ai parassiti più importanti per la patologia umana, e si è lasciato guidare unicamente dall'importanza pratica legata ad ogni capitolo. La praticità è lo scopo da cui nulla lo svia: elimina citazioni, dissertazioni, dottrine: si attiene ai fatti. Varie tabelle condensano e sistemano le nozioni esposte. Il lavoro è corredato di abbondanti e dimostrative illustrazioni, in parte schematiche, molto originali.*

Esso riunisce tutte le condizioni per rendersi utile: e nessun medico colto dovrebbe privarsene.

Nella tecnica dell'allestimento editoriale non è stata trascurata nessuna spesa. Una lode va alla coraggiosa Casa editrice ».

(Da *Annali d'Igiene*, Roma).

Volume di pagg. XII-262, con 18 tavole nel testo e 21 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. **33.**

N. B. *Esclusivamente agli abbonati al « Policlinico » che hanno già inviato o che invieranno SUBITO l'importo del loro abbonamento pel 1935, il volume è ceduto, in porto franco, in Italia, per sole L.* **15**. *Per l'estero L.* **20**.

Inviare Vaglia Postale all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA
PRIMA SEZIONE CHIRURGICA
Direttore: Prof. U. D. CALABRESE

Su di un caso di ciste del mesentere
(Contributo clinico ed istologico)

per il dott. GIUSEPPE MUZZARELLI, aiuto.

Gli AA. che si sono occupati recentemente dello studio delle cisti mesenteriche (Bertoloni, Fumagalli, ecc.), tendono a fare una netta separazione fra le cisti nate e sviluppate fra i foglietti del mesentere e quelle che, originate da organi vicini, vengono, con il loro progressivo aumento di volume, ad incunearsi fra i foglietti del mesentere stesso e a prendere con questi intimi rapporti.

Tale distinzione, che appare subito logica, restringe notevolmente il campo d'indagine.

Se poi, con uno degli autori suddetti (Fumagalli), si vogliono considerare a parte anche le cisti sanguigne, perchè prive di una parete loro propria e quindi da classificarsi fra gli ematomi, e le cisti parassitarie, perchè originate dal parassita fermatosi nei vasi del mesentere, rimangono da studiarsi le cisti mesenteriche propriamente dette, che si differenziano da tutte le altre, oltre che per la loro origine, anche per la patogenesi ancora molto discussa, e per la sintomatologia, il più delle volte di difficile interpretazione.

Avendo avuto occasione di osservare un caso di « vera » ciste del mesentere, nel quale fu possibile stabilirne la diagnosi prima dell'intervento operatorio, e dall'esame della parete indagarne la patogenesi, credo di far cosa utile rendendolo noto.

Osservazione clinica. — Mar. Nicodemo, di anni 68, facchino, da Genova. Entra in ospedale il 14-5-1929.

Anamnesi: Nulla sa dire del gentilizio essendo un trovatello. Non ricorda di avere avuto malattie nell'infanzia. A 20 anni soffrì di disturbi addominali consistenti in dolori diffusi e frequenti scariche diarroiche. Giudicato affetto da enterite, si curò con profitto con delle polveri prescrittegli da un medico e guarì in una ventina di giorni.

A 24 anni, si sposò con una donna apparentemente sana, ma che poi fu sempre malaticcia, e venne a morte 11 anni fa in seguito a tubercolosi polmonare e ad osteite, della stessa natura, della scapola destra. Non ebbe nè figli e nè aborti.

A 27 anni l'infermo, essendogli scivolata una pietra che si stava caricando sulle spalle, riportò una grave contusione al dorso del piede sinistro, per cui fu ricoverato in questo ospedale e sottoposto a vari interventi operatori.

Dimesso dopo tre mesi di degenza, dovette rimanere in riposo altri sei mesi, prima di poter riprendere il lavoro.

A 29 anni, ammalò di pleurite sinistra, che lo tenne obbligato al letto per un paio di mesi. In quel periodo gli vennero estratti circa due litri di liquido.

A 34 anni, in Sardegna, contrasse la malaria che, per circa un anno, curò ripetutamente con dei sali di chinina. Non ebbe in seguito più accessi febbrili.

Due anni dopo, trovandosi in Germania ammalò di polmonite e, dopo sei mesi, a Genova, soffrì nuovamente di polmonite. Guarì sempre senza complicazioni.

Undici anni fa, senza causa palese, cominciò a lagnarsi di dolori agli arti inferiori, accompagnati a senso di debolezza e ad assottigliamento delle masse muscolari. In quell'epoca consultò diversi sanitari e fece le più svariate cure, senza ritrarne giovamento, anzi andando sempre più peggiorando. A nulla valse anche il ricovero per un paio di mesi in un ospedale di Genova. Dopo circa un paio d'anni di sofferenze, l'infermo, ebbe la fortuna di consultare un medico che gli prescrisse un unguento per frizioni. Ne ritrasse subito un sensibile miglioramento e potè anche in parte riprendere il lavoro. I dolori però, sebbene non molto intensi, sono continuati fino ad un anno fa.

All'inizio dell'inverno scorso, mentre il nostro paziente lavorava in montagna, fu colpito da tosse ostinata ed insistente, accompagnata a scarso espettorato. Il medico del paese lo trovò affetto da bronchite e notò, con viva sorpresa da parte dell'infermo, nella regione periombelicale sinistra dell'addome, la presenza di una intumescenza, sulla cui natura non sapendo pronunciarsi, consigliò il malato di venire a Bologna per un accertamento diagnostico.

Il paziente non si era mai accorto di avere tale massa, ma ne fu subito convinto perchè riuscì a palparsela da solo.

A Bologna gli dissero che aveva un tumore addominale e lo consigliarono di rivolgersi ad un chirurgo per l'operazione.

In questi ultimi tempi l'intumescenza è notevolmente aumentata di volume, risiede abitualmente a sinistra dell'ombelico, nella regione mesogastrica; è causa di qualche dolore e senso di stiramento. Le sensazioni dolorose non hanno alcun rapporto coi pasti. L'appetito si è sempre mantenuto buono, non vi è stata nè nausea nè vomito; nè si è avuto diminuzione di peso. L'alvo in questi ultimi mesi è divenuto irregolare; predominano i periodi di stitichezza, durante i quali si aggravano i disturbi addominali, intercalati a periodi di diarrea, che si accompagnano a senso di benessere. Il colorito delle feci è sempre stato normale, la minzione è pure sempre stata regolare e anche il colorito dell'urina non ha mai subito modificazioni.

Da circa un paio di mesi, l'infermo, per non accusare dolori, dorme preferibilmente sul fianco sinistro, in modo da poggiare direttamente sulla massa.

Esame obbiettivo: Soggetto di costituzione scheletrica regolare. Stato di nutrizione buono. Cute e mucose visibili rosee. Non si palpano ghiandole ingrossate nelle sedi abituali. Dentatura guasta e in parte mancante. Lingua sporta diretta dalle

arcate dentarie, detersa, umida e rosea. Fauci libere. Nulla alla testa e al collo. Torace simmetrico, con espansioni normali in ambo i lati; nulla si riscontra all'apparato respiratorio, e negativo è pure l'esame dell'apparato cardiovascolare. Polso alla radiale della frequenza media di 80 battiti al minuto primo, regolare.

Addome un po' tumido, simmetrico nella posizione orizzontale; a volte con una lieve sporgenza a sinistra dell'ombelico nella stazione eretta, di forma normale, di volume un po' aumentato, bene palpabile su tutti i quadranti senza punti o zone dolenti alla palpazione superficiale. La palpazione profonda della regione mesogastrica, a sinistra dell'ombelico sul prolungamento dell'emiclaveare, fa apprezzare una intumescenza della grandezza e forma di un'arancia, di consistenza teso elastica, a contorni regolari, dolente alla pressione, pochissimo spostabile durante gli atti respiratori, estremamente mobile in tutte le direzioni, ma più specialmente in senso trasversale, tanto da poterla condurre a destra dell'ombelico, sul prolungamento dell'emiclaveare. Ponendo l'ammalato in posizione di Trendelemburg, si sente che l'intumescenza sfugge in alto, ed, anche con la palpazione profonda della regione epigastrica, non si riesce a rintracciarla. La si ritorna a palpare nettamente mettendo l'infermo nella posizione orizzontale. Con la palpazione profonda, si può spingere la massa fino a ridosso dell'aorta, dalla quale ne riceve gli impulsi, che si trasmettono e fanno sollevare la mano dell'esaminatore. Alla percussione, nel decubito dorsale, si ha suono normale su tutto l'addome; ipofonesi manifesta si nota invece a volte nella stazione eretta, quando la massa fa sporgere la parete. All'ascoltazione, si notano dei gorgoglii su tutto l'addome; si ha però l'impressione che abbiano una maggiore intensità e siano più frequenti quelli che si avvertono nella zona occupata dalla massa.

Non si palpano gli organi ipocondriaci, che con la percussione appaiono nei limiti fisiologici; nè si palpano i reni.

L'esplorazione rettale è negativa. Gli organi genitali sono normali.

Nulla si riscontra a carico degli arti. Se si fa eccezione di due cicatrici contro-laterali al terzo medio della gamba sinistra e al dorso del piede corrispondente.

Psiche integra. Riflessi addominali superiori ed inferiori, cremasterici, rotulei, achillei, e plantari normali.

Diario clinico.

Nei giorni che l'infermo rimane degente in osservazione, si nota che la massa endo-addominale, sebbene abitualmente conservi la sua sede paramediana sinistra, a volte la si trova spostata a destra dell'ombelico, altre volte occupa una zona più alta o più bassa di quella che tiene di norma; oppure la palpazione è malagevole, sia perchè si ha l'impressione che la massa sia più profonda, e sia più specialmente perchè, le pareti addominali sono poco trattabili e l'infermo accusa dolore.

Le ricerche di laboratorio danno i seguenti risultati: La ricerca del sangue occulto nelle feci riesce negativa, tanto con la prova del guaiaco che con quella della benzidina. Nel sangue non si riscontra eosinofilia. La sierodiagnosi di Wassermann è negativa. L'urina si presenta normale.

Negativa riesce pure la intradermoreazione alla Casoni.

L'indagine radiologica dà il seguente referto:

Esame tubo digerente: Nulla degno di nota a carico dello stomaco e del duodeno. Le anse del digiuno ileo, a livello dell'area paraombelicale sinistra, presentano una iniezione frammentaria e sembrano circondare la massa che si palpa. Col clisma opaco non si sono messi in evidenza difetti di canalizzazione a carico del grosso intestino, nè spostamento a carico di esso.

Pielografia sinistra: Il rene sinistro si trova in sede normale.

Diagnosi: Ciste del mesentere.

3 giugno Operazione: Laparatomia mediana sinistra sopra e sotto ombelicale. Si riesce in breve a rintracciare l'intumescenza e ad esteriorizzarla. La massa è compresa nei due foglietti del mesentere ed è situata esattamente a sinistra dell'ombelico a circa 50 cm. dalla valvola ileo-cecale. La sua sede è più vicina all'intestino che alla radice del mesentere, per quanto l'intestino stesso ne rimanga completamente libero. Si isola completamente l'intumescenza dalle parti circostanti, la si esteriorizza e con un'incisione trasversale del foglietto superiore del mesentere si trova in breve il piano di scollamento. L'isolamento della massa riesce bene fin presso la base d'impianto, dove la parete si fa più spessa e più aderente. Nelle manovre per distaccarla la si rompe in un punto dal quale fuoriesce della sostanza omogenea, untuosa e biancastra. Si chiude subito l'apertura e si allaccia il peduncolo. Dopo asportata la massa, si procede ad un'accurata emostasi e, suturati i foglietti mesenteriali, si chiudono le pareti addominali a strati.

Le condizioni dell'infermo due giorni dopo l'intervento si fanno preoccupanti per la paresi intestinale che tende sempre più ad aumentare. Si riesce a vincerla con delle forti dosi, per os e per via rettale, di paraganglina Vassale, e l'infermo, dopo poco più di un mese dall'operazione, si può considerare completamente guarito e in grado di riprendere il lavoro.

La intumescenza del volume ha forma di un'arancia, è di colorito roseo, a superficie perfettamente liscia e di consistenza teso elastica. Le pareti si vanno ispessendo a misura che ci si avvicina alla base d'impianto. Il contenuto è di consistenza omogenea, semisolido, ha un colorito biancastro, reazione alcalina; ed è formato da grassi, albumina, colesterina e fibrina. Non sangue.

Esame istologico: Vengono prelevati parecchi pezzi della parete della ciste e, previa fissazione in liquido di Tellyesniezky ed inclusione in paraffina, allestiti numerosi preparati, colorati con ematossilina ed eosina e col metodo di Van Gieson.

A piccolo ingrandimento, si osserva una grande cavità delimitata da una parete di tessuto connettivo, prevalentemente fibrosa, ma non sempre omogenea. Nello spessore di questa parete si notano diversi vasi ed elementi linfatici riuniti in ammassi di varia grandezza o distribuiti a serie, lungo gli spazi interfibrosi connettivali. Oltre ai vasi ed ai linfatici, si osservano delle cavità con aspetto e forma svariata, che formano delle cisti, relativamente piccole, in confronto al grande volume della cavità in esame. Le maggiori, occupano anche più di un campo microscopico di

80-90 micron. Accanto a queste cavità abbastanza grandi, ve ne sono anche di dimensioni più piccole e di forma generalmente rotondeggiante.

La parte interna della grande ciste è per la maggior parte sprovvista di cellule di rivestimento, e solo in alcuni punti, è ricoerta di grandi cellule piatte con nucleo voluminoso (cellule del tipo endoteliale). Nell'interno della cavità si osservano presentemente delle catene di cellule, sparse qua e là in piccoli raggruppamenti, che, staccatesi dalla parete, sono emigrate in mezzo al contenuto.

Il contenuto della ciste non è sempre conservato nel preparato, ma nelle manipolazioni di tecnica è andato in parte perduto. Dove il contenuto è ben conservato si presenta amorfo e solo contiene le cellule dianzi descritte.

Esaminando attentamente il tessuto connettivo, che costituisce la parete, si osserva, in alcuni punti, dove le fibre sono meno compatte e più ricche di nuclei, delle piccole dilatazioni, formate dall'allontanamento delle stesse fibre connettivali occupate da grandi cellule con plasma che assume solo lievemente il colore dell'eosina, d'apparenza finemente granulato o lievemente granuloso, con un grosso nucleo. La forma di queste cellule è varia; rotondeggiante, poligonale, allungata, quasi fusata. È evidente che la forma è dovuta all'adattamento di queste cellule alla cavità e all'azione di compressione reciproca. Questi spazi interfascicolari mostrano anche una grande diversità di dimensione e contemporaneamente una varietà di cellule. In alcuni casi, quando come si è detto, la cavità è ridotta ad una semplice fessura od ha piccole dimensioni, si vedono in essa anche solamente una o due cellule; aumentando le dimensioni, il numero delle cellule cresce assumendo grossolanamente l'aspetto di un dotto o di una cavità irregolare. In queste zone, come si è già accennato, la fibra connettivale è più ricca di nuclei che in altre, e si ha una frequenza di seminazione di cellule linfoidi.

Le cavità che assumono una certa ampiezza, appaiono già ripiene di una sostanza amorfa che viene più o meno a velare le cellule sopra descritte. Per i loro caratteri istologici queste cellule debbono essere attribuite alle cellule endoteliali; che non appartengono certamente a vasi sanguigni essendo completamente assenti i globuli rossi. I numerosi vasi sanguigni alla loro volta, in ottimo stato di conservazione, sono ripieni di globuli rossi, e non hanno nessun rapporto diretto con le cavità.

Nel presente caso, il problema diagnostico differenziale ci è stato notevolmente agevolato dalla scarsità della sintomatologia subbiettiva, che ci ha permesso di tenere in osservazione molto tempo il malato, e di espletare tutte quelle ricerche cliniche e di laboratorio che la forma morbosa in esame non certo facile e frequente richiedeva.

Dall'anamnesi e dallo stato generale del malato potevamo subito escludere una neoplasia maligna, come pure era da scartarsi l'ipotesi, pur sapendo che l'infermo aveva sofferto la malaria, che potesse trattarsi di una milza migrante; perchè, a parte che la milza quando si rende mobile, occupa di solito il quadrante inferiore sinistro dell'addome, nel nostro caso, oltre ai caratteri propri della massa che non erano quelli della milza (forma, incisura caratteristica ecc.), quest'organo, alla percussione, mostrava di trovarsi in sede normale.

Per la ubicazione dell'intumescenza ed anche per la sua mobilità, l'ipotesi meritevole di essere presa in considerazione e che per prima si presentò alla nostra mente, fu quella di un tumore dell'intestino e più specialmente del colon trasverso. Ipotesi però non sostenibile per la mancanza di disturbi veri e propri di canalizzazione, come ne era di conferma anche il reperto radiologico, e per il fatto che non si riscontravano emorragie occulte nelle feci.

I caratteri palpatori dell'intumescenza, forma rotondeggiante, superficie uniformemente liscia, consistenza teso elastica, ci facevano porre diagnosi di tumore cistico, e per la sede di tumore cistico del pancreas. La ciste del pancreas presenta infatti tutti i requisiti dianzi ricordati, ma difetta di due che erano presenti nel nostro caso. La ciste del pancreas è fissa o poco mobile, la nostra era mobilissima, la ciste del pancreas con il volume di quella del nostro paziente, avrebbe, come ben si comprende, sul davanti delle anse intestinali, e, quindi, dovrebbe dare sempre suono timpanico; nel nostro caso, invece, per quanto vi fosse abitualmente timpanismo, a volte, forse in rapporto anche con lo stato di vacuità e di ripienezza dell'intestino, vi era ipofonesi. Inoltre, le cisti del pancreas si accompagnano a dimagramento e a turbe digestive che mancavano nel nostro paziente.

Prendemmo in considerazione anche la eventuale presenza del rene sinistro, ma, a parte i caratteri clinici di quest'organo, la radiografia ci diceva che si trovava in sede normale. Pensammo pure alle cisti del rene, ma mancava il ballottamento, caratteristico delle neoformazioni a sviluppo retroperitoneale.

Non ci rimanevano che le cisti dell'omento e quelle del mesentere.

Le cisti dell'omento sono estremamente rare, mobilissime e superficiali; si spostano quindi in tutte le direzioni ma più specialmente in senso latero-laterale e, a seconda del punto del loro sviluppo, si spostano molto dal basso all'alto, poco in senso opposto, e ritornano ben presto specialmente nella stazione eretta nella loro sede abituale.

Le cisti del mesentere hanno una sintomatologia che è tipica per il nostro caso. Si svi-

luppano, di solito, nella regione periombelicale. Sono mobili in tutti i sensi, ma più in direzione trasversale, scompaiono nella posizione di Trendelemburg per riapparire nel decubito orizzontale, danno timpanismo o ottusità anteriormente, a seconda del loro volume, del punto di sviluppo del mesentere, del numero delle anse poste loro dinanzi e dello stato di ripienezza dell'intestino.

La diagnosi di ciste del mesentere ci rendeva conto anche dei sintomi subbiettivi presentati negli ultimi tempi del nostro infermo.

La stitichezza che si era andata sempre più accentuando col progressivo aumento di volume del tumore, la si doveva mettere in rapporto con la compressione delle anse intestinali (fatto confermato anche dal reperto radiologico) e con lo stiramento dei nervi mesenterici. I dolori, alla loro volta, erano pure da riferirsi al grado di stitichezza e alle compressioni sul mesentere, spiegandoci, questo ultimo fatto, il decubito sul fianco sinistro preferito dal malato per sostenere la massa, e, quindi, non stirare il mesentere.

Per ultimo, il non aver mai avuto il malato orticaia, associata all'assenza di eosinofilia nel sangue e alla reazione alla Casoni negativa, ci facevano escludere la ciste da echinococco.

L'atto operatorio ci confermò la diagnosi di ciste del mesentere, e l'esame istologico, sia per le caratteristiche anatomiche della ciste e del suo contenuto (rivestimento con cellule endoteliali e contenuto amorfo) sia per le formazioni a tipo linfoide (linfociti, eosinofili e plasmacellule) disseminate nello spessore della parete, ci fece concludere dover trattarsi di una neoformazione linfatica originatasi in mezzo al tessuto connettivo, come si potè riconoscere da numerose cavità che per gradi successivi andavano assumendo via via l'aspetto di una grande cavità ovale.

RIASSUNTO.

L'A. trae motivo da un suo caso di ciste del mesentere per fare le considerazioni diagnostiche differenziali che permettono di porre la diagnosi giusta prima dell'intervento operatorio.

Fa inoltre una descrizione dettagliata della parete della ciste per poter concludere che, nel suo caso, trattavasi di una ciste linfatica.

BIBLIOGRAFIA.

BERTOLONI. L'Ospedale Maggiore, 1921.
BOLOGNESI. La Clinica Chirurgica, 1911.
BORGHI. Rendic. Clin. Operat. Pad. Ponti, Milano, 1912.
BRUNETTI. Policlinico, Roma, 1913.
CORNIOLEY. Iyon Chirurgical, 1926.
CUNEO. Archivio Gén. Méd., 1909.
COLBY. Presse Médicale, 1907.
GILBERT, WILSON. British Medical Journal, 1929.
LARWIG. Zentralblatt Chirurgie, 1929.
LOI. Riforma medica, 1927.
MARIANI. Gazzetta Clin. ed Ospedali, 1903.
MONNIER. Deutsch. Chir., 103.
MUSUMECI. La Clinica Chirurgica, 1907.
NOVI. Il Policlinico, Sezione Chirurgica, 1921.
NIOSI. Virchow's Arch. B. 190, 1907.
KOSTLIUY. Deutsch. Zeitsch. Chir., 1907.
PAPPACENA. Rinascenza medica, 1926.
SARACENI. Radiologia medica, 1921.
ROMANI. Archivio Italiano di Chirurgia, vol. VIII.
QUENU. *Traité de chirurgie*, 1908.
TAROZZI. Archivio Soc. Medica, 1909.
BEGOUIN. *Compendio di Patologia chirurgica.*
CARTOLARI. *Studio anatomico clinico sulle cisti ematiche mesenteriali e retroperitoneali.* Milano, Vallardi, 1913.
FUMAGALLI. L'Ospedale Maggiore, 1927.

DISCUSSIONI E COMMENTI.

Mors thimica.

Nel fasc. 34 della sez. prat. del *Policlinico* di quest'anno alla pag. 1679 si legge: « Su di un caso di mors thimica in conseguenza dell'applicazione di un apribocca ».

Di interessante e suggestivo non c'è che il titolo.

Punto capitale: vi è un exitus subitaneo, imprevisto ma prevedibile nella bambina di 6 anni in seguito a un tentativo di esaminare le fauci con una spatola abbassalingua. Ma punto che sembrò subito anche oscuro. Si è ricorso fugacemente all'anamnesi personale, alla diagnostica differenziale dei sintomi, a un rapidissimo esame obbiettivo, alla autopsia, a qualche preparato istologico parziale ma ciò nonostante poca luce ne viene. Si domanda: ma la tosse con febbre del primo gennaio, l'accesso di laringospasmo, così definito, del giorno otto, il trisma grave del nove, la lieve cianosi delle labbra e dei pomelli con dispnea e stridore respiratorio, la persistenza più accentuata del trisma con la contrattura dei muscoli nucali, la temperatura di 38°, tutti questi dati quale nesso, quale causa, quale importanza hanno, rappresentano essi il *primum movens* o ne sono subordinati?

Negativo l'esame dei vari apparati. Il tavolo anatomico ci rivelò un timo ipertrofico, si noti, un cuore piccolo con miocardio flaccido, ipertrofia del sistema linfatico del naso faringe. Microscopicamente, una iperplasia della corticale e della midollare dei singoli lobuli e iperemia vasale con qualche emorragia nel timo; in una ghiandola linfatica

della regione tiroidea una proliferazione dei follicoli.

Escluso dunque ogni processo infiammatorio locale della bocca, del faringe, laringe, della colonna vertebrale, dei muscoli della regione, non compressioni topografiche nè sul vivo nè sul cadavere da parte del timo, indenni le meningi come il cervello stesso.

Dal rapido accenno salta subito in evidenza la ristrettezza delle indagini: silenzio sul tipo morfologico della piccola paz., nessun accenno a quelle manifestazioni rachitiche che accompagnano sempre la sindrome di Paltauf come pure alla qualità della dispnea.

E sì che due fenomeni imponenti quali il trisma e la rigidità nucale dovevano immediatamente indirizzare verso una puntura lombare e incitare l'osservatore a una indagine scrupolosa sia sulle notizie anamnestiche remote e prossime sia sugli esami clinici. A ogni modo più dei sette centimetri di lunghezza e dei trenta grammi di peso della ghiandola timica, il piccolo cuore flaccido, non contratto in sistole, senza coaguli, vagotonico, la assenza di ecchimosi sottopleuriche, esclude a priori che la morte sia avvenuta in sincope da asfissia come accade appunto in quella da timo. La istologia sommaria non ci conferma grossolanamente che il reperto constatato *de visu* e *de taciu*, mentre poteva essere esteso più accuratamente sulla midollare del timo e ad altre ghiandole come le surrenali, le ovaie, le tiroidi, le paratiroidi.

Certamente il piccolo soggetto era un linfatico ma il voler incuneare dietro lo sterno la causa di morte improvvisa e arzigogolare con ipotesi fantasiose su quel campo così infido e difficile e non ancora ben fissato della insufficienza paratiroidea per calmare il dubbio amletico del diagnosta, non è il mezzo migliore per accostarsi più o meno alla verità.

Prima di racchiudere fra le due ghiandole incriminate la genesi dei sintomi e della morte necessita non sviare la nostra attenzione dalla realtà del quadro timico-linfatico. È la prima infanzia che va soggetta alla attività del timo e degli organi linfoidi dando quell'ipertiroidismo a carattere vagotonico che ognuno conosce per esperienza e la ipertrofia è assai spesso di origine luetica e si affianca a quella dei gangli del collo, dell'ascella, dell'inguine, del mesentere, del mediastino, talvolta anche a quella della milza (corpuscoli malpighiani). I bambini che ne sono affetti sono in generale pallidi, grassi, con anabolismo aumentato e ritenzione facile di acqua e di cloruri, il sistema cardioaortico è ipoplasico, le ossa tubulari si sviluppano in lunghezza, vi è linfocitosi ed eosinofilia, facilità alle emorragie come alle chemioneurosi: dal lato mentale sono degli irrequieti e con buona intelligenza. In questi soggetti della prima età la morte avviene sempre con i due ben conosciuti accidenti: o è il timo che comprime organi viciniori o per il timo si avverano fenomeni autotossici, anafilattici, idiosincrasici tipo choc, in occasione di eczemi, di atti operativi, di affezioni varie congenite o acquisite e non certo per un innocente apribocca e abbassalingua come nel nostro caso. Ma a sei anni l'azione timica rallenta la sua funzione.

È strano che soltanto due giorni prima dell'*exitus* la piccola paz. sveli un unico attacco di spasmo al laringe a cui assistettero i parenti e che poteva trattarsi di contrattura dei muscoli esofagei e non di semplice eccitabilità vagale. Poichè sarebbe stata davvero ben capricciosa e illogica la natura se a distanza di meno di ventiquattro ore avesse portato in scena con lo stesso meccanismo prima un trisma così violento da non permettere che uno scolo di saliva sanguinolenta dagli angoli labiali e poi una contrattura della nuca così palese. Non c'è abbastanza per renderci conto dello stridore respiratorio? Fenomeni dunque susseguentisi coordinati da una medesima etiologia con la stessa tragica finalità. Si può asserire allora che si sia potuto proprio con un abbassalingua destare una morte repentina timico-linfatica?

Si è di certo sopravalutato. La povera malata ne aveva già a sufficienza: terreno inquinato da una deficiente constituzione a carattere ereditario, chè di sette fratelli quattro morirono in tenera età, essa stessa ha le stigmate di un linfatismo; si accende un processo morboso a carattere febbrile che sotto la parvenza di rialzi termici e tosse aggredisce così violentemente da conchiudersi in dieci giorni con l'*exitus* dopo una sintomatologia molto manifesta, concatenata, fatale. È indiscutibile che all'infuori di quella spatola, la paz. era prossima alla fine, fine forse anticipata dalla poca resistenza presentata alla infezione. Sarebbe stato più azzardato ammettere per es. un tetano o la ipotesi che conduce ad affibbiare al trisma e alla rigidità nucale la disfunzione ipoparatiroidea?

L'A. esclude ogni affezione di natura traumatica, infiammatoria, neoplastica dell'articolazione temporomandibolare, le varie for-

me di meningite, corea, epilessia, Parkinson, eclampsia, infezione tetanica, avvelenamento da stricnina.

Troppo scetticismo in materia di critica e molta fantasia nell'abbinare il timo alla spatola come se si trattasse di rapporti di causa ad effetto, mentre quel *deus ex machina* drammatico che tolse la possibilità di una accurata analisi di tutti gli elementi necessari per giungere a una sintesi mentale positiva, inattaccabile, serena, aveva di già preannunziata la sua infelice comparsa con quegli epigoni: mandibola serrata - testa deflessa e fissa.

Perciò se la diagnosi rimane in sospeso e *sub judice*, altrettanto non si può dire, sulla *mors thimica*, essendoci, per quanto pochi ma reali elementi che ci tranquillano sul decorso così catastrofico della piccola malata.

Dott. F. C. da Villa.

Loreo, 2 settembre 1935-XIII.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Prognosi e terapia delle emorragie gravi da ulcera gastrica.

(Umber e K. Reschke. *Deutsche Mediz, Woschenschr.*, 9 agosto 1935).

Il problema è stato discusso dai due AA., di cui uno è medico, l'altro chirurgo, in seno della Società Berlinese di Medicina. Oltre all'esperienza propria le conclusioni presentate venivano basate anche su ampia raccolta dei dati della letteratura recente.

Per quel che riguarda la prognosi delle emorragie gastriche gravi (naturalmente vengono esclusi i casi di emorragie occulte) sottoposte al trattamento medico, essa è in genere meno favorevole di quel che si crede comunemente. Mentre Chiesman e Hellier fissano la percentuale della mortalità persino attorno a 18-23 %, le statistiche di Umber stesso, basate su osservazione di 433 casi, deporrebbero per una mortalità di 9,5 %; una percentuale che sta in netto contrasto colla solita prognosi benigna di cui parlano i trattati. Le osservazioni di Mossberg citate dal Reschke collimano per i loro risultati con quelle di Umber.

Per quel che riguarda il trattamento medico dell'emorragia gastrica esso viene preconizzato da Umber con alcuni dettami non tutti di quali appartengono alla solita « routine » clinica: così accanto a riposo assoluto, uso di oppiacei e sedativi, l'A. insiste sull'opportunità di una lavanda gastrica eseguita con acqua ghiacciata, quando la ripienezza di stomaco con coaguli provoca nausea, conati di vomito, senso di grave peso; tale pratica, raccomandata da Ewald sin dal 1905, non solo provocherebbe un senso di immediato sollievo subiettivo, ma darebbe anche modo allo stomaco di contrarsi, favorendo in ciò l'emostasi locale. Utile può essere l'aggiunta di qualche goccia di adrenalina.

Quale emostatico generale l'A. adopera la soluzione ipertonica di NaCl (al 10 %) che contiene anche 10 % di calcio gluconato; tale soluzione viene iniettata endovena in quantità di 10-20 cc. più volte al giorno. Di grande utilità si sono dimostrati alcuni derivati di brenzcatechina (tryphnol). Durante il trattamento successivo, sarà presa in considerazione la necessità di ristabilire rapidamente le condizioni del malato; quindi già dopo due giorni si inizierà la nutrizione dell'ammalato con sostanze liquide ma di contenuto calorico relativamente ricco, come gelatine, pappe di carne ecc. Si ricordi la necessità di somministrazione di vitamine; fra queste ultime specialmente la C, che avrebbe anche un valore emostatico; sono raccomandabili somministrazioni endovenose di questa sotto forma di preparati concentrati esistenti attualmente nel commercio.

Il problema dell'indicazione dell'intervento chirurgico viene ampiamente discusso dai due AA. ed è degno di nota come tutti e due, sia il medico, sia il chirurgo, giungano a conclusioni analoghe: nessuno dei due si associa incondizionatamente a Finsterer, il quale è stato il primo a porre l'indicazione chirurgica nelle emorragie da ulcus, raccomandando però l'intervento precoce; contro l'intervento immediato starebbe il fatto della prognosi favorevole nella maggior parte dei casi trattati medicalmente. Però, se l'emorragia non si arresta (il che dimostrerebbe l'esistenza di un vaso corroso beante) oppure se recidiva a breve scadenza (dopo 2 giorni), l'intervento chirurgico sotto forma di resezione viene ad imporsi. E il fatto di avere indugiato al principio non deve necessariamente nuocere all'esito dell'operazione; l'esperienza dei chirurgi dimostra che una trasfusione, eseguita immediatamente prima dell'operazione, mette l'infermo nelle condizioni di superare felicemente l'intervento. Secondo Reschke oltre alla trasfusione abbondante (fino a 1500 cc. sottratti naturalmente a più dotatori) di grande utilità è l'aggiunta di altri 1500 cc. di liquido sotto forma di soluzioni saline e glucosate.

Dunque la condotta del medico di fronte ad una grave emorragia da ulcus. dev'essere tutt'altro che passiva; essa implica non soltanto un'attesa armata, ma quella attiva sotto forma di intensa terapia medica; e quando questa fallisce, l'infermo ristabilito artificialmente mediante la trasfusione, dev'essere affidato al bisturi del chirurgo.

S. Minz.

Le coliti croniche ulcerose.

(CADE e MILHAUD. *Le Jour. de méd. de Lyon*, 20 agosto 1935).

Le coliti croniche ulcerose sono, le une a causa nota: amebiche, bacillari, tubercolari, eccezionalmente blenorragiche o tossiche; le altre riconoscono un'etiologia indeterminata.

Fra queste ultime alcune sono probabilmente post-dissenteriche, ma in una proporzione difficilmente apprezzabile, date le difficoltà di identificarle. Per le altre si invoca sopratutto l'infezione, senza che sia possibile indicare con certezza un agente patogeno specifico fra gli innumerevoli batteri incriminabili. Ad altri fattori si riconosce una azione capace di favorire più che di determinare la malattia: intossicazioni alimentari, intossicazioni endogene o esogene, avitaminosi, achillia, e sopra tutto coprostasi. Studi recenti inoltre attribuiscono un compito importante al terreno: disquilibrio neuro-vegetativo anafilassi.

Gli AA. ritengono che allo stato attuale le coliti ulcerose non possano essere considerate come una entità morbosa. Si tratta piuttosto di una sindrome anatomo-clinica, dovuta a cause diverse che intervengono con un meccanismo complesso.

Esse si presentano sotto aspetti clinici diversi. Vengono descritte forme emorragiche-purulente, purulente, ed emorragiche solo.

Le coliti emorragiche costituiscono una forma particolarmente in cui la emorragia domina la sintomatologia (feci più emorragiche che dissenteriche). Gli AA. ne riferiscono minutamente ben cinque osservazioni personali. Il sangue viene emesso commisto alle feci, a volta a volta anche isolatamente. I disturbi intestinali sono quelli della sindrome dissenteriforme, a volte della diarrea banale. Le evacuazioni (4-10-20 o più) contengono muco e a volte pus.

L'*esame endoscopico* mostra una mucosa rossa, congestionata, secernente sangue, a volte a nappo, con qualche suffusione sottomucosa, realizzante l'aspetto emorragico. Possono trovarsi alcune ulcerazioni lievi, superficiali, spesso semplici escoriazioni ed erosioni (forma erosiva), ma può anche non vedersene traccia alcuna. Lo stato generale è spesso assai ben conservato, ma talora vi è anemia intensa. La *evoluzione* che avviene a parossismi può prolungarsi per anni. Benchè si tratti di una varietà di colite molto migliorabile, forse anche curabile con cure mediche, la *prognosi* deve essere nonostante riservata. Le recidive sono molto frequenti anche dopo lunghe remissioni.

La sua *etiologia* è oscura come quella delle coliti ulcerose croniche.

In alcuni casi si può pensare sia in causa un parassitismo dissimulato (*ex juvantibus*), e così pure, l'origine anafilattica o la discrasia sanguigna. Non ogni colite emorragica è di necessità ulcerosa, cosicchè talora si può distinguere tra colite emorragica e colite ulcerosa.

Esistono molte *altre forme di colite ulcerose* croniche, che qui vengono solo ricordate: *a*) secondo localizzazione: diffuse o segmentarie; *b*) secondo gravità: forme benigne, recenti, dei giovani, gravi; *c*) secondo il carattere delle lesioni: ulcero-infiltranti, polipose, con o senza restringimento.

La prognosi sempre riservata per la difficoltà della cura.

Questa consta di lavaggi antisettici, lavaggi protettivi, applicazioni locali con rettoscopio, cure specifiche (tentativi), (yatren, emetina, arsenobenzoli), vaccinoterapia, autoemoterapia, iposolfito di soda. Talora cura chirurgica.

L. TONELLI.

L'esofago corto congenito.

(L. H. CLERF, W. F. MANGES, *The Review of gastroenterology*, marzo 1935).

Il perfezionamento dei metodi di esame radiologico dell'esofago, l'uso dell'esofagoscopio nella diagnosi delle malattie esofagee ed i sempre maggiori successi della chirurgia in questo campo, hanno risvegliato l'interesse nello studio dell'ernia del diaframma. Si è così attirata l'attenzione sulla classificazione delle ernie diaframmatiche e particolarmente su quelle che prima si consideravano come fuoriuscenti dall'iato esofageo.

Akerlund divide le ernie dell'iato esofageo in tre sottogruppi e cioè:

1) ernia dell'iato con esofago corto congenito;

2) ernia paraesofagea;

3) ernia dell'iato non inclusa nei tipi precedenti.

Le ernie del primo gruppo sono state designate anche come « stomaco toracico o esofago corto congenito » e sono considerate rare. Nel secondo gruppo la parte inferiore dell'esofago resta fissata nella sua normale posizione ed una porzione dello stomaco fa ernia attraverso l'anello che la circonda. Nel terzo caso l'ernia è costituita dalla porzione inferiore dell'esofago e dallo stomaco. In questo studio l'A. si interessa solo del primo gruppo che è caratterizzato da uno esofago congenitamente corto e dalla presenza di una parte dello stomaco nella cavità toracica. Non esiste una sindrome caratteristica di questa malattia: nella maggioranza dei casi riportati i sintomi potevano essere suddivisi in due gruppi. Nel primo si notava disfagia e rigurgito con disturbi della nutrizione e dello sviluppo: nell'altro la disfagia e il rigurgito erano associati con senso di indigestione che variava da una lieve sensazione penosa ad un dolore epigastrico intenso. È curioso che in nessun caso si sia presentata dispnea o sintomi cardiovascolari. La disfagia è il sintoma prominente ed una buona parte dei malati chiede-

vano di essere visitati appunto per questo disturbo: spesso si fece diagnosi errata di stenosi dell'esofago, cicatriziale, o da esofagite ulcerativa di origine peptica. Il sintoma della difficile digestione era anche frequente e si presentava con dolore di varia intensità a carico dell'epigastrio, allo sterno e in due casi anche posteriormente: la somministrazione di alcalini dava immediato miglioramento. Lo studio esofagoscopico di questi pazienti che accusavano il dolore epigastrico dimostrò che tutti avevano una ulcerazione al punto di unione esofageo-gastrico.

Reperto radiologico. I punti seguenti debbono essere stabiliti perchè la diagnosi di brevità congenita dell'esofago sia certa.

Una porzione dello stomaco deve mostrarsi situata al disopra del diaframma; l'esofago deve mostrarsi troppo corto per poter raggiungere il diaframma. In tutti i casi studiati dall'A. lo iato diaframmatico si è mostrato abbastanza ampio: è necessario riempire completamente sia lo stomaco che l'esofago per poter chiaramente vedere quanta parte dello stomaco è al disopra del diaframma e la lunghezza dell'esofago. In alcuni casi la porzione intratoracica dello stomaco si espandeva in forma più o meno tubulare, per quanto sempre più larga dell'esofago normale. La bolla d'aria è di solito assente al disopra del diaframma, quando il paziente è in posizione eretta. La posizione in cui sono praticati i radiogrammi, e il riempimento completo con sostanza di contrasto di tutto l'esofago sono di grande importanza per ottenere buone immagini. In nessun caso è stato possibile all'A. dimostrare radiograficamente le ulcere esofagee che furono invece riscontrate per mezzo della esofagoscopia.

Reperto della esofagoscopia. In parecchi pazienti si trovò dilatazione moderata dell'esofago toracico: il restringimento, con una sola eccezione, apparteneva al punto di unione dell'esofago con lo stomaco, facendo pensare ad una stenosi organica, apparentemente cicatriziale. In un caso vi erano parecchi restringimenti, che facevano pensare a stenosi multiple.

L'ulcerazione variava da una piccola area nella sede della stenosi ad alterazioni estese che involvevano tutto il lume dell'esofago nel suo punto stenotico. L'ulcerazione si presentava superficiale, coperta da un essudato fine, grigiastro e circondato da una stretta zona infiammatoria. Non appena attraversata la stenosi, la punta dell'esofagoscopio entrava in quella che sembrava la cavità dello stomaco: sulla base di misurazioni comparative accurate si poteva in questo momento accertare che l'esofagoscopio si trovava al disopra del diaframma: dei piccoli pezzi di mucosa asportati mostravano che si trattava di mucosa gastrica normale.

Alla fine del loro studio gli AA. spiegano le ragioni per cui ritengono che l'espressione « esofago corto congenito » sia preferibile a quella di « ernia diaframmatica dello stomaco ». Per giungere ad una certa diagnosi di questa malattia, essi concludono, sono necessari un esame radiologico completo e l'esofagoscopia.

G. LA CAVA.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Sulla patologia e terapia del fluor vaginale.

(R. JOACHIMOVITS, *Wien Kl. Wochenschr.*, 31 maggio 1935).

Come per ogni altro organo, anche per la vagina la lesione infiammatoria locale, che ha per conseguenza la secrezione patologica, rappresenta la risultante di tutta una serie di fenomeni non solo localizzati ma inerenti spesso a tutto l'organismo; in particolare la fisiopatologia delle ovaia e dell'utero trova la sua ripercussione nei processi vaginali. La terapia terrà conto di tali fattori; accanto ad essi verranno prese in considerazione le condizioni fisiologiche locali della vagina che normalmente la preservano da infezioni accidentali.

Una di tali condizioni fisiologiche è rappresentata dalla reazione acida del secreto vaginale, di cui il pH oscilla fra 4,5 e 5. Ora, questa sarebbe assicurata dalla presenza del glicogeno nelle pareti vaginali (nello strato spinoso dell'epitelio) di cui avviene la fermentazione con successiva produzione di acido lattico per opera del bacillo di Doederlein, appartenente al gruppo degli acidofili. L'esame diagnostico della vagina deve dunque necessariamente comprendere anche il saggio della acidità (tale saggio può essere eseguito con discreta precisione mediante la determinazione colorimetrica del pH). L'importanza principale spetta però all'esame microscopico in striscio colorato col metodo di Gram; normalmente si osservano cellule di sfaldamento dell'epitelio piatto e bacilli acidofili (gram positivi) e raramente qualche leucocita; ma anche questo reperto di normalità può essere soltanto apparente in quanto che con la colorazione suddetta vengono difficilmente distinti i bacilli pseudodifterici, frequentemente presenti in vagine affette da fluor; in caso di sospetto è utile ricorrere quindi anche alla colorazione di Dold.

Fra il reperto di normalità e quello in cui viene osservata la scomparsa completa di bacilli acidofili e una grande quantità di leucociti, vi è una serie di gradi di passaggio (v. classifica di Heurlin); il ritorno alle condizioni normali può avvenire anche spontaneamente per « autodepurazione » (Doederlein); con tutta verosomiglianza, mediante fattori en-

dogeni del terreno nutritivo vaginale la forte acidità viene ripristinata (il pH da 5-7 ritorna al 4-5).

Una delle condizioni locali predisponente all'infezione è rappresentata dall'aumento della secrezione alcalina dell'orifizio del collo (pH di 8-8,5); va notato che in genere la moltiplicazione dei germi estranei in vagina non è possibile che in vicinanza o sul cervice stesso; successivamente, la reazione infiammatoria provoca aumento di secrezione alcalina di esso, macerazione dell'epitelio circostante, creandovi le condizioni propizie per la formazione di un circolo vizioso con modificazione di tutta la flora vaginale, che sviluppatasi ora in ambiente alcalino contribuisce al mantenimento di questo.

L'A. enumerando i vari germi presenti nel fluor vaginale, sottolinea il fatto che la maggioranza di essi non è patogena di per sè ma tale può diventare in speciali condizioni. Fra queste egli ricorda il « comma variabile », un bacillo a forma di virgola il quale si ritrova soltanto nelle ipofunzioni ovariche; in questi casi il fluor è passibile di terapia ormonica. I germi della fermentazione e le oospore si riscontrano nelle donne non gravide, in casi di defedamento generale. Non sono rari i parassiti del gruppo degli actinomiceti che si manifestano con fluor denso di cui sono caratteristiche le recidive a lunga scadenza. Anche il trichomonas presenta una grande tenacità e la guarigione deve essere controllata per qualche mese. È interessante come alcune specie di *leptothrix* siano più facilmente eliminabili che il fluor stesso; probabilmente esse rappresentano i parassiti del contenuto patologico vaginale e non la causa di esso. Vanno naturalmente ricordate le infezioni vaginali da cocchi comuni come enterococchi, streptococchi, ecc. Si noti come non tutti i diplococchi gram-negativi della vagina siano da considerarsi quali gonococchi (questi normalmente vengono sopraffatti nella vagina sana); sono molto più frequenti di quest'ultimi il *diplococcus flavus* e il *micrococcus catarrhalis* che sono pure gram-negativi; la diagnosi batteriologica può essere fatta solo colla coltura.

Per quel che riguarda la terapia, di cui non possiamo riportare qui che le direttive generali, essa dev'essere generale e locale; è sufficiente talvolta il ristabilimento dello stato generale per influire favorevolmente sul processo: abbiamo già visto l'importanza della carenza ormonica; è degno di nota come vi siano forme di ulcera solitaria della vagina che guariscono con il solo ormone follicolare. Naturalmente in molti casi può essere di grande utilità anche la terapia stimolante aspecifica.

Colla terapia locale si cercherà di migliorare le condizioni della difesa naturale; ora coll'acidificazione diretta del contenuto vaginale (mediante lavande con acido lattico a 1/2 %) non si riesce a migliorare il terreno nè favorire lo sviluppo della flora normale; molto più indicata sarebbe quindi l'introduzione di carboidrati; secondo le ricerche dell'A., mediante l'associazione di glucosio o galattosio col tannino si riesce a determinare l'aumento del glicogeno nelle pareti vaginali e quindi a modificare in senso desiderato il terreno vaginale. Però prima di intraprendere la terapia biologica è necessario di ricorrere almeno a qualche seduta di trattamento battericida: per questo più che preparati di solo argento (cui la combinazione colle albumine o collo zolfo inibisce un'azione efficace) l'A. raccomanda l'associazione di argento metallico con sostanze ossidanti (biossido di manganese) e permeabilizzanti; alcuni preparati del commercio hanno già realizzato tale associazione sotto forma di polvere che viene depositata nel fondo della vagina. Per il trattamento delle cerviciti sono specialmente indicati gli olii eterei i quali a malgrado il contatto col muco conservano intatto l'alto potere disinfettante.

S. MINZ.

La terapia della sepsi puerperale.

(A. F. FLOSH. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 6 luglio 1935).

L'A. ha presentato su questo argomento una relazione che farà parte di un volume di terapia edito dal Cook di Conucty Hopital di Chicago.

Profilassi - Cure antepartum: si devono eliminare tutti i foci infettivi delle tonsille, dei seni, del collo uterino e dei genitali esterni, e inoltre si terrà la gravida ad alimentazione abbondante e in ottime condizioni di igiene personale.

Cure ostetriche: mirano ad escludere tutti i microorganismi che possono essere patogeni e ad evitare la diminuzione di resistenza.

Si devono evitare contatti con portatori di streptococci emolitici, quindi si devono fare culture di germi contenuti nel naso e nella gola di tutto il personale ostetrico (infermiere, medici e studenti), non si deve permettere l'ingresso in maternità di personale che abbia avuto di recente in cura un malato di malattia infettiva. Inoltre le gravide che sono portatrici di streptococchi nelle vie genitali non devono essere tenute in corsia colle altre gravide e devono essere affidate a personale addetto unicamente ad esse.

Chi assiste ad un parto deve coprirsi con spesso strato di garza naso e bocca.

Gli esami vaginali devono essere vari e fatti con tutte le regole dell'asepsi, che si seguiranno anche durante il parto.

Bisogna anche evitare la fatica della partoriente facilitandole il riposo, avendo cura della vescica e dell'intestino ed impedendo eccessiva perdita di sangue.

L'alimentazione nei primi giorni del puerperio deve essere abbondante in carboidrati, il

riposo e il sonno si favoriscono coll'anestesia ostetrica (con morfina o idrato di cloralio o con anestesia inalatoria).

Se la partoriente non urina ogni 2 ore, durante il travaglio, si farà il cateterismo. Appena iniziato il travaglio si evacuerà l'intestino con un clistere.

Per la cura della sepsi puerperale si osserverà riposo assoluto, non si permetteranno visite all'ammalata. Questa va tenuta in posizione di Fowler, si daranno narcotici se c'è insonnia e analgesici se c'è dolore. Utile la borsa di ghiaccio sull'addome. Non si devono usare purganti drastici, si può dare l'olio di paraffina. Non si deve manipolare l'utero per via addominale. L'ergotina si darà solo se c'è emorragia.

Si deve fare anche una terapia antitermica. Le trasfusioni sono utili non solo per i casi in cui c'è anemia, ma anche per stimolare le reazioni immunizzanti. Se si può fare una diagnosi batteriologica, è bene usare il siero specifico.

Se c'è acidosi si daranno idrati di carbonio (anche per fleboclisi) e alcalini.

I vaccini possono essere utili nelle forme subacute e croniche.

L'arsfenamina è indicata nelle forme miste spirochetiche non specifiche.

La chirurgia può fare poco: se c'è ascesso pelvico si farà la colpotomia posteriore, se c'è un ascesso della parete uterina si farà l'isterectomia. Non si farà il raschiamento, perchè pericoloso. R. LUSENA.

Emorragie uterine da emogenia.

(EMILE-WEIL e ISCH-WALL. *Le sang*, n. 7, 1935).

L'organismo è mirabilmente armato in condizioni normali contro le emorragie capillari: una emorragia capillare risulta sempre minima; se una emorragia abbondante e di lunga durata sopravviene, è segno che entra in campo un altro fattore: una discrasia ematica.

Queste constatazioni valgono anche per le emorragie mestruali. La caduta della mucosa uterina denuda solo dei capillari; la emorragia dovrebbe essere minima, perchè, come accade, si abbia una fuoriuscita abbondante e prolungata di sangue deve intervenire un fattore diverso: incoagulabilità o ipocoagulabilità del sangue mestruo e probabilmente un fattore generale.

Vi sono certo delle meno- e delle metrorragie in cui interviene un fattore causale diatesico.

Gli AA. richiamano l'attenzione sul valore dell'emogenia come determinante di emorragie uterine senza causa locale.

È bene ricordare le *stigmate sanguigne e vascolari della emogenia*:

1) prolungamento del tempo di emorragia che da 3'-3' minuti e mezzo sale a tempi sorpassanti i cinque minuti.

2) l'aritmia della emorragia messa in evidenza raccogliendo su una striscia di carta bibula ogni 30 secondi delle gocce di sangue con il quale mezzo si ottengono delle serie di gocce decrescenti e crescenti di ampiezza, indicanti dei tentativi di emostasi e delle riprese dello stillicidio.

3) il tempo di coagulazione è normale o subnormale.

4) il coagulo si retrae poco o affatto, e lascia sfuggire delle emazie presentando il fenomeno dello spezzettamento del coagulo.

5) la fragilità vasale è dimostrata dalla prova del laccio.

6) le piastrine sono diminuite al disotto di 100.000.

7) il tasso globulare e l'equilibrio leucocitario traducono i segni dell'anemia secondaria alle emorragie.

Gli AA. descrivono: *a*) una emogenia tipica con fenomeni uterini; *b*) delle forme emogeniche fruste a localizzazione uterina esclusive; *c*) delle forme di emogenie episodiche o sindromi emogeniche da cause varie.

Emogenia tipica: le metrorragie diatesiche sono facilmente riconosciute, quando la diatesi che le provoca determina porpora e emorragie mucose. Le prime manifestazioni risalgono per la più all'infanzia (5-6 anni) con facilità alle ecchimosi cutanee per urti minimi; poi sorgono facili epistassi, gengivoraggie, e metrorragie prepuberi. In questi casi le menorragie e metrorragie delle giovinette appaiono, in assenza di ogni causa locale, ben chiare nella loro essenza.

La evoluzione di questa emogenia è caratterizzata da alternative di periodi di riposo. La gravidanza può normalizzare le cose; la menopausa invece presenta per lo più fenomeni metrorragici imponenti.

Oltre a queste cause della vita genitale, anche le intercorrenti infezioni, affezioni epatiche, intossicazioni agiscono aggravando.

L'esame generale di queste emogeniche può essere negativo; ma per lo più mette in evidenza tre categorie di fatti: cioè, malformazioni vascolari, (angiomi, macchie rosse, capillarità), sintomi disendocrinici, e segni di sifilide ereditaria.

Emogenie frustre: qui la sintomatologia si riduce a facili ecchimosi, epistassi, gengivoragie.

Emogenie localizzate all'utero: comprendono quei casi in cui nessun segno clinico fa pensare alla emogenia; solo esistono metrorragie che non trovano spiegazioni locali e si giustificano invece con la ricerca sistematica dei segni sanguigni della emogenia che risultano positivi.

Sindrome emogeniche episodiche da cause varie: queste sindromi possono sopravvenire episodicamente in donne del tutto precedentemente sane. *a*) Per cause epatiche: qualunque

malattia epatica può scatenare un episodio emogenico; *b*) idem le malattie della milza (micosi, tbc., paludismo, kala-azar, ecc.). Queste sono interessanti perchè beneficamente influenzate dalla splenectomia; *c*) infine lo stesso si può avere per malattie del midollo (leucemie e anemie criptogenetiche, ecc.); *d*) sono poi stati segnalati episodi emogenici nel corso di varie disendocrinie (Basedow, mixoedema, ecc.).

Terapia: il volere studiare il meccanismo patogenetico delle emorragie dicrasiche porterebbe troppo in lungo. Basti ricordare che gli AA. descrivono l'emogenia come caratterizzata da una instabilità sanguigna di tipo speciale, sulla quale cause varie possono provocare crisi vere anafilattiche ed emorragiche. La terapia deve essere perciò desensibilizzante e disanafilattizzante.

Si consiglia: etero-emoterapia sottocutanea o intramuscolare; uso abbondante di jone calcio; opoterapia (emato-ethyroidina o di jodio-thyrosina); per i casi gravi splenectomia e raggi X.

L. TONELLI.

MISCELLANEA.

Il fattore epatico nel diabete mellito.

(W. FALTA, *Mediz. Klinik*, 6 sett. 1935).

Da quando le famose esperienze di Cl. Bernard mettevano in evidenza la partecipazione del fegato nel ricambio dei carboidrati, numerosi sono stati gli AA. che attribuivano al fegato un'importanza non secondaria nell'insorgenza del diabete mellito; sono stati specialmente gli AA. francesi a sostenere l'eventuale genesi epatica del diabete; mentre lo stesso Cl. Bernard ammetteva che questo poteva essere dovuto alla sovraeccitazione del fegato, un'altra serie di osservatori notava che l'ipofunzione di questo poteva generare tale affezione; nei casi del genere l'epatoterapia poteva dare dei risultati insperati (Gilbert, Carnot, Labbé). Una classificazione relativamente recente di Aubertin distingue il diabete per « anepatia » (casi con glicosuria da carico di glicidi, con indacano e urobilina), il diabete nel corso di diverse malattie epatiche (cirrosi atrofiche biliare, epatite tossica, litiasi biliare) e il diabete per « epatismo » che si manifesta negli alcoolisti e grandi mangiatori con ipertrofia del fegato specie a carico del lobo destro. Non mancarono del resto anche dati di altri AA. che rendevano il fegato compartecipe dell'affezione diabetica; secondo le statistiche di Naunyn (l'autore della teoria sulla genesi epatica del diabete per diszoomilia) i 25 % dei diabetici sono pure sofferenti di fegato; dati analoghi vengono anche presentati da v. Noorden (23 %). Però statistiche più recenti del 1923-33 cioè dell'era insulinica porterebbero la percentuale dei diabetici epatici solo a 10 % (Schwarz su 1403 casi).

Le recenti acquisizioni scientifiche sul meccanismo del ricambio dei glicidi non potevano non influire anche sul nostro modo di valutare la funzione epatica in tale ricambio. L'A. si è assunto quindi di esporre in una rassegna densa di dati l'influenza che ogni singolo fattore modificatore dell'equilibrio glicemico esercita sui processi glicogenetici e glicogenolitici del fegato per poi concludere sull'eventuale rapporto: affezione epatica-diabete.

Per quel che riguarda l'azione dell'insulina sul contenuto glicogenetico del fegato, essa rappresenta la funzione di una serie di contingenze: la spancreatizzazione sperimentale e il diabete pancreatico dell'uomo si accompagnano alla diminuzione del glicogeno epatico; la somministrazione dell'insulina favorisce però la glicogenosintesi solo quando le si associa la somministrazione di zucchero; l'iperdosaggio insulinico fa scemare invece le riserve glicogeniche.

La funzione epatica nel ricambio zuccherino viene anche regolata dal sistema nervoso centrale e dal tono del simpatico e del vago: difatti sia la narcosi del cervello intermedio, sia i farmaci vago e simpatico-paralizzanti come l'atropina e l'ergotamina diminuirebbero la permeabilità del fegato ai carboidrati: sotto l'influsso di tali fattori viene inibita l'iperglicemia alimentare (Pollak ed altri).

È nota l'azione mobilizzante dell'adrenalina sul glicogeno epatico; effetto contrario viene provocato dal surrene corticale; è degno di nota, come gli addisoniani accanto ad una ipoglicemia e esagerata insulinosensibilità presentano scarsi depositi di glicogeno nel fegato e nei muscoli.

Anche il secreto della tiroide appartiene agli ormoni glicogeno-mobilitanti.

Lo stesso dicasi degli increti ipofisari iperglicemizzanti: si noti come quello dell'ipofisi posteriore ha il punto d'attacco periferico, mentre quello dell'antipofisi agisce attraverso i centri ipotalamici ed il sist. simpatico. La asportazione dell'ipofisi attenua infatti il quadro del diabete sperimentale da asportazione del pancreas.

Anche le altre alterazioni metaboliche del diabete vengono a ripercuotersi sul fegato: nella lipoidemia si osserva infiltrazione grassa del fegato. Recenti ricerche hanno dimostrato che mentre nel fegato impoverito in glicogeno vengono a formarsi i corpi chetonici, la distruzione di questi si svolge negli altri organi quali i muscoli, i reni ed i polmoni.

Un'importanza decisiva sulla parte che spetta al fegato nel ricambio glicidico hanno avuto le recenti esperienze di Mann e Magath, eseguite su animali epatectomizzati e mantenuti a lungo in vita. Mentre da un lato si è visto che tali animali cadono facilmente in ipoglicemia, d'altra parte gli AA. hanno potuto rilevare che la somministrazione di glucosio riesce a mantenere la vita anche in as-

senza del fegato; l'utilizzazione dello zucchero avviene in modo normale sotto l'influsso dell'insulina endogena (come risulta dal quoziente respiratorio che risale fino alla metà); lo stesso dicasi per il ricambio lipoideo che dimostra la normale utilizzazione dei grassi. Negli animali spancreatizzati l'estirpazione del fegato provoca ipoglicemia e scomparsa dei corpi chetonici.

Quindi secondo l'A. nel complesso giuoco ormonico, che governa il ricambio dei carboidrati, il fegato rappresenta più che altro un organo di deposito, su cui agiscono i fattori glicoregolatori; esso conserva il glucosio e trasforma opportunatamente i carboidrati apportati con l'alimentazione per poi cederli al sangue sotto forma di glucosio per l'influsso degli ormoni iperglicemizzanti (difatti, in animali spancreatizzati l'asportazione della tiroide, dell'ipofisi e delle surrenali porta all'ipoglicemia fatale). La parte del fegato è da considerarsi quindi come passiva; non sembra che esso formi alcun increto che possa a sua volta interferire nel ricambio glicidico.

Possiamo noi nulle luce di tali dati parlare di diabete per anepatia o per iperepatia?

Lo studio della funzionalità del fegato mediante carica di carboidrati avrebbe dimostrato che nelle vaste lesioni del parenchima epatico esistono delle turbe nel ricambio dei glucidi. Però tale fatto si osserva specialmente a carico dei carboidrati che debbono essere elaborati dall'organismo (galattosio, levulosio, ecc.), mentre l'assimilazione del glucosio si può dire che procede normalmente (Bottino e Lanza). È degno di nota come la prova del galattosio dà un responso contrario negli epatici e nei diabetici: nei primi si ha galattosemia e galattosuria con glicemia normale; negli ultimi — il comportamento del galattosio nel sangue e nell'urina si manifesta presso che normale, mentre aumenta la glicemia e la glicosuria (Bescos). Si tratta quindi di una funzione trasformatrice del fegato che nulla ha a vedere col tipico processo morboso del diabetico. D'altra parte vanno ricordate numerosissime osservazioni di casi di vaste lesioni del parenchima epatico cui concomita ipoglicemia, talora rilevante (10-25 ‰ Meulengracht, Hedon, ecc.). Dunque, l'A. esclude che nelle malattie diffuse del parenchima epatico debbano (almeno negli stadi non avanzati) esistere delle alterazioni di natura diabetogena.

Il concetto del diabete per iperepatia è basato anzitutto sul fatto che l'opoterapia epatica talvolta fa migliorare, talora peggiorare il quadro del diabete mellito; (come è stato visto da Gilbert e successivamente da Murphy, Gulmann ed altri). Però, come rileva Habs, le modificazioni glicemiche nei casi così trattati dipendono anzitutto dalla quantità di acidi biliari e di glicogeno nel fegato somministrato; mentre i primi fanno abbassare la glicemia, quest'ultimo la innalza. Quindi non vi sarebbe alcuna base solida, sulla quale si possa reggere il concetto del diabete da iperepatia.

Sembrerebbe quindi escluso il concetto del diabete epatogeno, per lo meno nel senso del diretto influsso sul metabolismo dei carboidrati. È naturale che la malattia può essere provocata indirettamente, come p. es. per una diffusione dei processi infiammatori delle vie biliari al sistema pancreatico. Vi sono poi delle coincidenze rimarchevoli fra lesioni pancreatiche ed epatiche; così nelle cirrosi epatiche accompagnatesi al diabete quasi sempre si riscontra anche la cirrosi del pancreas, specie se si tratta di diabete grave; non è rara ad osservarsi la contemporanea necrosi del fegato e del pancreas; finalmente è da ricordarsi il diabete bronzino nel quale oltre ai due organi viene colpito tutto il sistema reticolo-endoteliale. Ma in tutti questi casi si tratta probabilmente di una lesione contemporanea dovuta alla stessa causa che può essere rappresentata da fattori infettivi, da alcoolismo oppure da condizioni di cui natura ci sfugge; è probabile che nei casi del genere il fattore predisponente è rappresentato dalla meiopragia costituzionale del fegato e del pancreas.

Quindi, basandosi sui dati della scienza recente, il fegato deve essere considerato quale organo esecutore — dipendente dai vari fattori del sistema glicoregolatore; esso rappresenta un organo glicoformatore e glicoconservatore, ma non interviene che passivamente nel ricambio dei carboidrati. L'esistenza del diabete epatogeno dunque non può essere, almeno per ora dimostrata. La frequente coincidenza delle affezioni epatiche e pancreatiche è più che altro dovuta a rapporti di vicinanza e alla suscettibilità morbogena comune ai due organi verso le stesse cause esogene o costituzionali.

S. Minz.

La spondilosi rizomelica.

(S. Lyon. *Presse Médicale*, 28 agosto 1935).

La spondilosi rizomelica fu la prima volta descritta nel 1898 da P. Marie come un'affezione caratterizzata clinicamente da un'anchilosi quasi completa della colonna vertebrale e delle articolazioni della radice degli arti.

Successivamente la malattia fu ampiamente studiata da Leri, Crouzon e Gaucher, i quali ne precisarono l'etiologia e l'anatomia patologica.

La malattia colpisce prevalentemente il sesso maschile e gli individui tra i 20 ed i 40 anni.

L'etiologia più sicura è quella infettiva. Spesso è causata dalla blenorragia nello stadio cronico (prostatite ed uretrite cronica). Meno frequentemente sono in causa la tubercolosi, la sifilide ed altre infezioni. In assenza di tali fattori si è pensato anche alla possibilità che la malattia fosse provocata da eccesso di lavoro, dal freddo e dall'umidità. Poco probabile è l'origine traumatica.

Dal punto di vista clinico si distinguono tre fasi della malattia: periodo d'inizio, periodo di stato, periodo terminale.

Per lo più la malattia si inizia con dolori a tipo di lombaggine, di nevralgia sciatica, crurale, otturatoria, d'intensità variabile, continui o accessionali. Talvolta i dolori sono localizzati alla regione cervicale, alle articolazioni delle radici degli arti o in altre articolazioni. In questa fase si nota già una rigidità vertebrale che si manifesta quando si ordina al paziente di eseguire alcuni movimenti.

Dopo qualche mese o anche dopo qualche anno l'affezione si generalizza e mentre i dolori si attenuano compare il segno capitale, l'anchilosi che progredisce dal basso in alto, dalla regione lombare al dorso, alla regione cervicale; la localizzazione alle anche ed alle spalle può comparire in tutte le fasi.

L'aspetto del malato è allora caratteristico: il rachide è rigido spesso con una cifosi a grande raggio, le anche sono immobilizzate in flessione, le spalle presentano una limitazione dei movimenti di abduzione e di rotazione esterna. Possono essere anchilosate anche l'acromio-clavicolare e la temporo-mascellare.

Tutti gli altri sintomi sono accessorî: amiotrofia moderata e tardiva, qualche disturbo motore, leggere modificazioni dei riflessi, disturbi sensitivi appena accennati. I disturbi sessuali sono rari ed i mentali sono quelli di tutti i malati cronici.

La radiografia dimostra tre ordini di sintomi fondamentali: 1. Atrofia ossea diffusa; 2. Ossificazione sistematizzata di tutti i legamenti vertebrali, con sinostosi delle articolazioni vertebrali specie a livello della sezione lombare; 3. Assenza di neoformazioni ossee.

Il bacino è deformato; l'articolazione sacroiliaca diventa invisibile a causa della sinostosi. Alle anche le lesioni sono discrete ed alle spalle sono minime.

Raramente si hanno fratture determinate dalla rarefazione ossea.

La malattia dura indefinitamente ed i pazienti soccombono ad infezioni intercorrenti.

Vi sono forme localizzate nelle quali il processo si localizza solo al rachide o solo alle articolazioni rizomeliche, come vi sono forme generalizzate nelle quali sono colpite quasi tutte le articolazioni.

La spondilosi rizomelica si distingue nettamente dalla cifosi eredo-traumaticata di Bechterew, che determina una cifosi angolare, dall'osteo-artrite deformante per il suo decorso e per i suoi caratteri anatomo-patologici e radiologici, nonchè per il suo decorso.

I vari esami microscopici, chimici, serologici e biologici del sangue, dell'urina e del liquido cefalo-rachidiano non consentono di attribuire ad una qualsiasi causa infettiva o metabolica la spondilite rizomelica, quantunque alcune reazioni facciano ritenere probabile l'origine infettiva.

Varie sono state le ipotesi avanzate sulla natura della spondilite rizomelica. Leri la considera un'osteopatia primitiva con calcificazione legamentosa secondaria. Forestier la considera un'artrite infiammatoria che colpisce sistematicamente le piccole articolazioni vertebrali: spondilartrite evolutiva anchilosante.

A favore di quest'ultima ipotesi stanno parecchi fatti: 1. i dolori che determinano la contrattura antalgica come nelle artriti; 2. le pseudo-neuralgie dovute ad irritazioni dei funicoli nervosi attraversanti i forami di coniugazione; 3. l'osteoporosi diffusa del rachide; 4. l'anchilosi precoce sacro-iliaca in quanto il processo colpisce anche le articolazioni prossime al rachide; 5. la positività di alcune prove biologiche (aumento della flocculazione alla resorcina, accelerazione della sedimentazione globulare) che sono comuni nelle artriti; 6. l'appiattimento dei lombi, l'aumento della cifosi dorsale dovuta alla contrazione antalgica, che mette le articolazioni infiammate in posizione intermedia tra la flessione e l'estensione; 7. la coesistenza di altre artropatie, alle anche, alle spalle o altrove.

La tendenza anchilosante della spondilosi rizomelica si spiega con la sua probabile origine gonococcica.

L'inizio del processo infiammatorio nelle parti basse del rachide si spiega con ragioni anatomiche. In effetti i linfatici della prostata e delle vescicole seminali si portano ai gangli presacrali, e la corrente linfatica risale davanti al rachide anastomizzandosi con i linfatici delle vertebre.

D'altra parte la prova terapeutica apporta un argomento di più in favore della teoria articolare, perchè la spondilosi rizomelica nella fase iniziale, prima dell'anchilosi, si avvantaggia delle stesse cure (immobilizzazione ortopedica, crisoterapia) che giovano nelle artriti infiammatorie periferiche.

Gli interventi ortopedici lottano contro le deformazioni o le correggono quando il processo evolutivo è spento.

Le operazioni osteotrofiche si propongono un'azione vasomotoria locale e vanno tentate nella fase iniziale della malattia.

Anche le operazioni simpatiche possono essere tentate solo nella fase iniziale e naturalmente nei malati resistenti.

Notevoli vantaggi procura la paratiroidectomia con un meccanismo ancora oscuro, in quanto nessun fatto giustifica che la malattia sia sotto l'influenza di un'iperattività paratiroidea o di altro disordine endocrino. In effetti però la paratiroidectomia è seguita da un miglioramento notevole che persiste per molto tempo: i dolori si alleviano, i gonfiori articolari si riducono, i movimenti diventano più ampî.

DR.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. De Flora. *Fegato ed apparato circolatorio.* Correlazioni fisiologiche e morbose, con prefazione del prof. N. Pende. Vol. di pagine 394, con 31 illustraz. Editore L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 45.

Riportiamo la significativa Prefazione scritta dall'illustre prof. Pende per questo volume:

Uno dei campi della moderna clinica medica in cui è più sentito il bisogno d'una indagine delle correlazioni che legano i vari organi per la spiegazione dei fenomeni clinici e le deduzioni terapeutiche razionali, è il campo dei rapporti tra apparato circolatorio e fegato.

È noto come negli ultimi tempi la cardiopatologia si sia andata sempre più orientando verso un fondamento biochimico e neurochimico più che meccanicistico delle alterazioni funzionali del cuore e dei vasi.

Cosichè oggi nel cardiopaziente noi dobbiamo cercare di renderci ragione delle condizioni umorali esistenti nel soggetto (per es. alterato ricambio dei lipoidi, del glicogeno, del calcio e potassio, alterazioni ormonali in rapporto alla funzione cardiaca e vasale). Ed ecco come le correlazioni funzionali e morbose tra cuore e fegato, laboratorio chimico centrale dell'organismo, che è in rapporto con tutti i regolatori chimici ed ormonici, vengono ad acquistare in cardiopatologia una grande importanza.

Tale è il campo di indagine che il mio assistente dott. De Flora ha preso a trattare, pel mio consiglio.

I risultati delle sue lunghe accurate ricerche sperimentali e cliniche sono raccolte in questo volume, che è una documentazione modernissima, coscienziosa, severa di quanto possa dare ai complessi problemi medici lo studio correlazionistico in fisiologia e patologia umana, studio che per quanto appaia fecondo ed innovatore, ha avuto fino ad ora pochi cultori.

Sono certo che il libro del mio allievo sarà giustamente valutato ed apprezzato da quanti sentono questo bisogno della medicina moderna di rinnovarsi con gli importanti principî ippocratici del consenso interorganico.

Nicola Pende.

Genova, dalla Clinica Medica, 21 giugno 1935-XIII.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Istituto di Malariologia. *Conferenze sulla malaria, tenute nell'agosto 1934.* Un vol. di pagg. 96, con 9 grafici. Supplemento alla « Rivista di Malariologia », 1935.

In questo volume sono raccolte 6 conferenze, tenute nell'Istituto di Malariologia da studiosi stranieri. Si tratta di alcuni tra i massimi esponenti degli studi odierni sulla malaria, e cioè James, Swellengrebel, Ed. Sergent, Christophers, Schulemann, Yorke. I temi riguardano l'eziologia, l'epidemiologia, l'entomologia, la profilassi, la terapia. La conferenza di Schulemann compare in lingua tedesca; quella di Christophers in lingua inglese; le altre quattro sono pubblicate in francese e quindi riescono accessibili alla grande maggioranza dei nostri medici.

La pubblicazione ha luogo con alquanto ritardo, che trova giustificazione in quanto i testi definitivi delle conferenze sogliono essere riveduti, corretti o condensati all'atto della pubblicazione e ciò è causa di ritardi più o meno notevoli: anzi, non è stato possibile di procurarsi il testo definitivo di una conferenza tenuta dal prof. Pittaluga e si è dovuto rinunziarvi, come si rileva dalla prefazione.

Il ritardo non nuoce, poichè gli argomenti trattati restano tutti di molta attualità e sono tutti aggiornatissimi.

Il volume attesta la fervida attività dell'Istituto diretto dal prof. G. Bastianelli, il cui nome brilla tra i grandi studiosi della malaria.

A. P.

F. Graziani. *Sulla chirurgia dell'appendicite nel periodo intermedio.* Contributo clinico, radiologico, istopatologico. Edit. L. Pozzi, Roma, 1935-XIII. Prezzo L. 12

L'A. in una monografia di 72 pagine in ottima veste tipografica, con 14 figure intercalate nel testo, espone e riassume le nozioni sull'appendicite, studiando innanzi tutto l'anatomia normale dell'appendice. Indi ricorda l'etiopatogenesi dell'appendicite nonchè l'anatomia patologica, sintomatologica e diagnosi.

Fa seguire un contributo statistico clinico personale di 180 casi, mettendo in rilievo alcuni dati di tecnica, e prendendo in speciale considerazione alcune osservazioni, che presentavano particolare interesse in riferimento alla diagnosi, illustrando, di alcune di esse, particolarità istologiche con note radiologiche.

L'A. facendo delle considerazioni generali nello studio dei quadri clinici messi in rapporto con i reperti radiologici, operatorii ed istopatologici, mette in rilievo che molti pazienti furono operati in periodo cosidetto « intermedio », che va dalle 48 ore dopo l'inizio dell'attacco, fino a circa un mese. E sostiene con buone argomentazioni la tesi « che nel periodo intermedio dell'appendicite si possono operare molti casi senza attendere il classico raffreddamento » modificando così per questi casi il consiglio di molti chirurgi, anche autorevolissimi, che preferivano l'intervento dopo il periodo di risoluzione e raffreddamento dell'attacco.

Jura.

G. Marschal. *Consultations de cardiologie.* Paris, Masson e C., 1935. Vol. di pp. 228 e 13 fig. Fr. 25.

L'A. appartiene alla scuola di Laubry, il quale ha voluto presentare ai lettori l'opera del suo

allievo. Il libro consiste in una raccolta di 30 casi di cardiopatie esposti in maniera semplice e chiara. In ognuno a un breve riassunto della storia clinica segue la discussione della diagnosi e del trattamento. La trattazione terapeutica è specialmente accurata. Sono degni di particolare rilievo alcune « consultazioni » su casi di reumatismo cardiaco evolutivo, sulla guarigione clinica di un caso di endocardite reumatica, sul trattamento preventivo dell'endocardite maligna e su alcune sindromi cardioematiche, come ad esempio un caso di insufficienza cardiaca in corso di filariosi. Il libro ha intendimento e metodo particolarmente pratici e riuscirà utile a molti medici per aggiornarsi sulle moderne concezioni della clinica cardiologica. PUDDU.

G. PIGHINI. *Lavori dei Laboratori Scientifici « Lazzaro Spallanzani »*. Vol. VII, 1932-1934, Reggio Emilia.

Il volume raccoglie ben venti lavori prodotti in un solo triennio nei Laboratori « Lazzaro Spallanzani » dell'Istituto Psichiatrico di Reggio Emilia, e che sono stati già pubblicati in varie riviste.

I lavori per la maggior parte sono stati condotti personalmente dal prof. Pighini, quattro in collaborazione del dott. C. Delfini, uno in collaborazione del dott. L. Santoni, uno in collaborazione del dott. C. F. Porta, e due sono stati eseguiti separatamente dai dottori M. Fraulini e C. F. Porta.

Gli argomenti affrontati sono varî ma hanno tutti riferimenti alla fisio-patologia endocrina e prevalentemente a quella dell'ipofisi.

È una mole cospicua di lavori di notevole interesse e che prova con quanta solerzia il Pighini continua la tradizione del glorioso Istituto che egli dirige. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 29 giugno 1935.

Presidente: Sen. Prof. G. PASCALE.

Un caso autoctono di filariasi da Filaria Bancrofti con elefantiasi dell'asta e linfoscroto, osservato in Italia.

A. DE AMICIS — L'O. descrive e presenta un caso di filariasi da *Filaria Bancrofti*, osservato in un individuo che non si è mai mosso dal suo paese natio, nel Molise, dove non vi erano persone provenienti da paesi tropicali. Dopo aver brevemente accennato alla storia di questa filariasi, illustra, con la presentazione dell'infermo, la diagnosi clinica, confermata dal reperto positivo delle microfilarie nel sangue, nell'urina, nelle cavità cistiche dello scroto; presenta inoltre le microfotografie del reperto ottenuto nel sangue e del reperto istopatologico da un piccolo nodulo biopsato sulla superficie scrotale.

L'O. mette in rilievo la rarità di questi casi autoctoni, di cui solo pochissimi sono registrati in Europa (solo due in Italia), e richiama su di essi l'attenzione specialmente dal punto di vista profilattico.

Il principio antianemico del fegato e la ferratina del prof. Marfori.

G. DE NITO. — L'O., dopo una breve disamina sulle ricerche del Whipple e collaboratori sull'azione antianemica del fegato, dimostra come il principio attivo antianemico, isolato dal Cohn dal fegato, sia lo stesso, per i metodi di estrazione e per la natura chimica della sostanza, di quello che molti anni prima il prof. Marfori aveva isolato dal fegato e chiamato « ferratina », e di cui aveva a suo tempo dimostrato, con ricerche sperimentali e cliniche, lo spiccato potere antianemico.

Contrattura dei muscoli retti dell'addome in gravidanza.

G. TESAURO. — Una donna affetta da sindrome parkinsoniana lieve ha presentato uno stato di contrattura permanente dei muscoli retti dell'addome, che si rendeva evidente solo durante le gravidanze, determinando una deformazione dell'utero gravido e una situazione trasversa del feto. Al termine della terza gravidanza, operando la donna di parto cesareo, l'O. ha potuto praticare il prelievo biopsico di tratti dei muscoli retti; l'esame istologico dei quali, eseguito con i più diversi accorgimenti tecnici, ha messo in rilievo, più particolarmente dal lato destro, alterazioni di vario genere, rappresentate da processi regressivi ed atrofici dell'elemento contrattile, e da processi di neoformazione connettivale, con tendenza alla sclerosi, accompagnata a lesioni del tipo endoarteritico. L'O. discute il caso sia in rapporto alla sindrome parkinsoniana, sia nel riferimento della lesione locale, ed avanza varie ipotesi interpretative, mettendo in luce la particolarità del caso e la sua importanza clinica.

Ricerche sperimentali sul valore profilattico delle pomate antiluetiche.

A. ORO. — Da esperimenti dell'O. su conigli e da rilievi di altri autori, risulta piuttosto dubbia l'efficacia delle varie pomate attualmente in uso per la profilassi locale della sifilide. Gli esperimenti dell'O. verranno ulteriormente completati.

Su di un raro caso di nevralgia del trigemino di origine traumatica.

G. COLUCCI. — L'O. illustra il caso di un soggetto il quale in seguito a ferita alla regione orbitaria destra riportata in un alterco e causatagli da un colpo infertogli mediante un lapis automatico, ebbe a soffrire intense parestesie dolorose alla regione dell'emifaccia destra innervata dalla seconda branca del trigemino (campo di distribuzione del nervo infraorbitario). Tale soggetto fu anche sospettato di simulazione poichè dopo l'estrazione di un pezzetto di lapis che era rimasto nel bulbo oculare e parete orbitaria e al quale erano stati attribuiti i disturbi, il processo si ritenne esaurito e non si dette più importanza alle parestesie dolorose che il paziente accusava, invece, ancora in maniera abbastanza intensa. L'O. ha osservato il caso dopo quattro mesi da tale estrazione e ha riscontrato, insieme a fenomeni di esagerazione, anche dei disturbi reali consistenti prevalentemente in parestesie dolorose facciali e in una piccola zona di analgesia a destra.

L'infermo fu sottoposto anche a prove di controllo: cioè fu osservato il riflesso algoscopico, la pressione arteriosa, il comportamento del polso, la sensibilità elettrica e da tali prove si ebbe conferma circa l'esistenza dei fenomeni.

I detti disturbi fecero orientare l'O. circa una persistenza di qualche causa irritativa nel nervo infraorbitario di destra e perciò egli ritenne opportuno di sottoporre il soggetto ad indagine radiologica.

Da tale indagine è stato messo in evidenza un corpo estraneo lungo 4 cm. nell'antro di Higmoro di destra e che è costituito dall'involucro metallico contenente il pastello che si trova nell'interno del lapis automatico, quindi dell'oggetto feritore. Tale caso è stato ritenuto degno di citazione sia perchè sulla guida di alcuni segni semeiotici si è arrivati ad un orientamento patogenetico che l'indagine radiologica ha poi pienamente confermato e sia perchè costituisce uno dei casi più rari di penetrazione di corpi estranei nell'antro di Higmoro.

M. ZAPPACOSTA. — *Sul significato della ipercreatinemia nella ipertensione essenziale.*

La metilguanidina come mezzo di esplorazione della funzionalità epatica.

M. ZAPPACOSTA e A. COLARUSSO. — Gli OO. criticano innanzi tutto i reperti di alcuni ricercatori che mostrano aumenti della guanidinemia nelle affezioni del fegato, perchè ottenuti con metodi niente affatto attendibili a causa della interferenza nella reazione colorata della guanidina da parte dell'urea, della creatina, dell'arginina, dell'istidina, dell'istamina, ecc. Escludono anche per altro verso siffatti aumenti, mettendo cioè in rilievo le caratteristiche della tossicosi guanidinica nell'ambito della fenomenologia, delle alterazioni anatomo-patologiche e delle variazioni del quadro ematochimico, che non trovano riscontro nella sintomatologia della insufficienza epatica.

Applicando la metodica descritta da uno di loro (Zappacosta) per la glicociamina alla ricerca quantitativa della metilguanidina nel sangue, dopo di averla somministrata *per os* ad epatici e non epatici, come controllo ai dati ottenuti con un metodo impreciso da Ellsworth, che ideò la prova, l'hanno ritrovata nei primi in quantità sensibilmente maggiori, anche dopo quattro ore dalla ingestione. La prova è così sensibile da svelare anche la semplice meiopragia del fegato.

Questi risultati rappresentano un'altra riprova della ipotesi degli OO. sull'importanza che spetta al fegato nel liberare il sangue dalla guanidina quando circola in eccesso, come verosimilmente accade, data la impronta squisitamente renale e ipertensiva della tossicosi guanidinica, nella insufficienza del rene.

L'azione dei raggi X sul processo di riparazione delle ferite.

D. VAJANO. — L'O., dopo aver ricordato come in base a recenti studi sperimentali, tra cui uno molto documentato di d'Istria e di Bella, parrebbe dimostrato che la somministrazione di piccole dosi di radiazioni X molli stimola i processi di riparazione delle ferite, e come, d'altra parte, non sia stata ancora fornita una spiegazione documentata del fenomeno, riferisce i risultati di alcuni gruppi di esperienze da lui eseguite allo scopo di verificare se ed in qual misura i raggi X determinino effetti sicuramente favorevoli sulle ferite, nel senso di accelerarne la guarigione, e di accertare, per quanto possibile, il meccanismo biologico di una simile azione terapeutica. Tutte le ricerche furono eseguite su cavie.

Per rispondere al duplice compito impostosi l'O. ha eseguito anzitutto ricerche preliminari per stabilire una misura biologica precisa delle quantità di radiazioni da portare sulla cute degli animali ed ha potuto così accertare, mediante misurazioni ionometriche, che la dose di epilazione per la cute non pigmentata della cavia, nelle condizioni fisiche prescelte (90 KV., 30 cm. di distanza fuoco-pelle, 2 MA.), corrisponde esattamente a 720 *r* internazionali.

Ciò fatto, l'O. ha istituito esperimenti per ricercare gli effetti biologici sulle ferite di quattro differenti dosi di radiazioni, pari rispettivamente ad 1/30, 1/20, 1/10, 5/10 della dose di depilazione. Da queste esperienze è risultato chiaramente che la somministrazione di piccole quantità di raggi X, pari a 36 e 72 *r*, ripartite in 10 giorni, determina netta accelerazione del processo di cicatrizzazione delle ferite asettiche sperimentali delle cavie, con più spiccato effetto favorevole per la dose minore, che può perciò ritenersi come la dose terapeutica ottima.

Per tentare la soluzione del secondo quesito, inerente al meccanismo d'azione dei raggi X, l'O. è ricorso all'indagine istologica, sacrificando di 4 in 4 giorni alcuni gruppi di cavie sottoposte ad irradiazione ed osservando poi i pezzi di cute contenenti le ferite irradiate e quelle non irradiate in via di riparazione. In complesso, dall'esame comparativo dei preparati, appare che il processo cicatriziale evolve più rapidamente nelle ferite irradiate che in quelle non irradiate.

Circa l'interpretazione del fenomeno, sembra all'O. che, in base ai risultati delle ricerche istologiche finora eseguite, si possa soltanto prospettare l'ipotesi che i raggi X esplichino la loro azione per via diretta, distruttiva, nel senso, cioè, che distruggono gran parte del tessuto di granulazione fin dai primi giorni di sua formazione (impedendo così che proliferi oltre il bisogno) e quello che resta fanno evolvere più rapidamente verso la sclerosi. Una tale ipotesi ha tuttavia bisogno di ulteriori elementi di appoggio per essere convalidata, ed è perciò che l'O., al fine di poter addivenire ad un giudizio definitivo, ha già istituito, in collaborazione col prof. d'Istria, nuove e più ampie ricerche. *Il Segretario.*

Ricordiamo l'interessante Monografia:

Dott. Prof. MARIO MONACELLI

(già aiuto nella R. Clinica Dermosifilopatica di Roma).
Dirett. della Clin. Dermosifilopatica nella R. Università di Messina.

La Leishmaniosi cutanea in Italia

Prefazione del Prof. P. L. BOSELLINI

Ne riportiamo l'Indice Sistematico:

Prefazione. — Introduzione. — Distribuzione geografica del bottone d'Oriente e Casistica Italiana. — « Leishmania Tropica » e suo modo di trasmissione. Epidemiologia. — Sintomatologia. — Casistica personale. — Anatomia patologica. — Diagnosi clinica e biologica. — Terapia e profilassi. — Indice sistematico.

Volume di pagg. IV-160, con 147 figure nel testo e due tavole fuori testo. Prezzo L. **25**, più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati al "Policlinico,, sole L. **21** in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI - Ufficio Postale Succursale diciotto - ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Ipertrofia congenita del cuore? (Cardiomegalia glicogenica).

R. W. B. Ellis riferisce (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, agosto 1935), il caso di una bambina di 4 mesi, ricoverata in ospedale per un progressivo indebolimento; presentava debolezza dei movimenti delle labbra (che aveva costretto ad interrompere l'allattamento), paralisi parziale degli intercostali, limitazione dei movimenti di flessione degli arti, muscoli aumentati di volume e consistenti (come nella distrofia muscolare pseudoipertrofica); l'aia cardiaca non fu determinata. Si procedette all'alimentazione per mezzo di una sonda, ma la p. morì, apparentemente per paralisi respiratoria.

L'autopsia, eseguita 48 ore dopo la morte, dimostrò ipertrofia cardiaca senza apprezzabile dilatazione (peso del cuore gr. 73: normale gr. 25-30) e con assenza di qualsiasi alterazione dell'endocardio, del pericardio e del miocardio. L'esame microscopico ha dimostrato una vacuolazione assai estesa delle fibre muscolari, sia del cuore che dei muscoli scheletrici: non è stato possibile dimostrare la presenza di glicogeno nei vacuoli, ma bisogna tener presente che i pezzi anatomici erano stati conservati diversi giorni in una soluzione acquosa di formalina.

È possibile che questo caso rappresenti un esempio della malattia glicogenica di Von Gierke, che colpisce prevalentemente il sistema muscolare. M. NUNBERG.

Dolori alle spalle ed alle braccia in rapporto con malattie cardiache.

Oltre ai dolori di origine realmente reumatica, vi è tutto un gruppo di dolori reumatoidi, localizzati alla spalla ed al braccio, che stanno in rapporto con l'angina pectoris. Non importa se si tratti di angina pectoris vera o vasomotoria; del resto, la differenza fra queste due forme consiste essenzialmente nel fatto che quella vasomotoria è basata soltanto sulla costrizione dei vasi coronari senza modificazioni anatomiche, mentre nell'angina vera, le coronarie mostrano lesioni ateromatose, che si accompagnano a vasocostrizione per provocare l'accesso stenocardico. In alcuni casi, l'aumento di prestazione richiesto al cuore esigerebbe un maggiore afflusso di sangue al miocardio, che però, a causa del restringimento anatomico delle arterie non può aversi.

Di pari passo, con la costrizione delle coronarie, si hanno anche costrizioni di altre arterie o di capillari. Questo spiegherebbe la genesi dei dolori della spalla e delle braccia, dolori localizzati mentre altre parti del corpo vengono generalmente risparmiate. Con tali vedute, però, rimarrebbe inesplicata la localizzazione essenzialmente a sinistra dei dolori. Secondo R. Schmidt, i dolori dell'angina pectoris sarebbero in dipendenza di neuriti o nevralgie del plesso branchiale.

Ai sintomi caratteristici dell'angina pectoris appartengono, quindi, i dolori della spalla e del braccio di sinistra; è importante però mettere in rilievo che tali dolori non sono soltanto da ritenersi come fenomeni acecssori, ma non raramente sono iniziali e costituiscono talora la sola sintomatologia.

Non bisogna mai dimenticare che questi dolori reumatoidi provenienti dall'angina pectoris, si trovano spesso anche in altre sedi (collo, dorso; mandibola, denti, testa). Sono stati descritti anche l'epigastralgia, il dolore alla metà destra del torace e persino a singole parti degli arti.

H. Wantoch (*Schweizer. med. Wochenschr.*, 1 giugno 1935) osserva che dolori di tal genere possono aversi anche in altre malattie cardiache, come p. es., nell'insufficienza cardiaca. Bisogna guardarsi in questi casi, dal prescrivere degli antispasmodici, che sono inefficaci; invece, come dimostra anche un'osservazione dell'A., la somministrazione di digitale fa scomparire, con i fenomeni d'insufficienza anche gli accennati disturbi. *fil.*

Fibrillazione auricolare dopo iniezione di emetina.

L'emetina iniettata nelle vene indebolisce l'azione del cuore e provoca un abbassamento della pressione arteriosa, mentre la iniezione sottocutanea non dà alcun disturbo cardiaco. Secondo Cushny, nella rana la emetina causa una paralisi centrale che lentamente progredisce; le contrazioni del cuore sono rese deboli e irregolari, e talvolta cessano per paralisi del muscolo cardiaco.

I. A. Sayid (*The Lancet*, 7 settembre 1935) descrive due casi nei quali l'iniezione sottocutanea di emetina provocò apparentemente una fibrillazione auricolare.

Nel primo caso si trattava di una donna dell'età di 40 anni, la quale aveva sofferto di dissenteria amebica per due mesi. Un anno prima essa aveva avuto reumatismo acuto complicato da endocardite, ed all'esame obiettivo si riscontrava un soffio sistolico organico sulla mitrale, con sdoppiamento del secondo tono: polso 82, pressione 120-80. Il vizio era ben compensato. Le furono somministrati 0,02 gr. di cloridrato di emetina con stricnina, per via sottocutanea, ogni giorno per sei giorni. Due giorni dopo l'ultima iniezione si notò fibrillazione auricolare: lo stato circolatorio era piuttosto grave, ma tutto ritornò al normale dopo dieci giorni di terapia digitalica. Il trattamento della dissenteria fu continuato con Yatren e emetina per via orale.

Nel secondo caso si trattava di un uomo dell'età di 50 anni, il quale aveva una dissenteria amebica cronica: esaminato il 24 settembre 1934 non mostrava alcun segno di lesione cardiaca. Gli furono somministrati venticinque centgr. di emetina con un milligr. di stricnina giornalmente per sei giorni; quindi un periodo di dieci giorni con Yatren e clisteri e finalmente ancora sei iniezioni di emetina.

Ebbe un grave attacco di fibrillazione auricolare, e il ritorno al ritmo normale si ebbe con digitale e solfato di chinidina, ma il paziente rimase in letto per circa tre mesi, e dopo cinque mesi aveva ancora 100 di polso e vi erano segni di degenerazione miocardica.

In altri casi l'A. ha osservato dispnea e palpitazione, e malgrado l'uso di questa droga sia quasi indispensabile nella dissenteria amebica, la sua azione deprimente sul muscolo cardiaco è tutt'altro che trascurabile. Un tale medicamento dovrebbe quindi essere somministrato con ogni accuratezza e sotto uno stretto controllo medico. G. LA CAVA.

Sulla cura della tachicardia parossistica.

Nei casi gravi di tachicardia parossistica, nei quali la terapia chimica e fisica si è dimostrata insufficiente, Bohnekamp ha proposto la iniezione endovenosa lenta di speciali preparati digitalici ad alte dosi. Questo A. ha ottenuto con tale metodo dei brillanti risultati in quattro casi che si erano dimostrati resistenti a tutte le altre cure. (F. Nagel, *Klin. Woch.*, 24 agosto 1935) sulla base di un caso capitato alla sua osservazione e nel quale egli ha tentato il metodo proposto dal Bohnekamp, crede che esso non solo non può essere considerato efficace in ogni caso, come sosteneva il B., ma anche che esso è tutt'altro che scevro di pericoli, onde non è consigliabile nella pratica. G. LA CAVA.

Malattie della cistifellea simulanti l'angina pectoris.

L. K. Gould (*Journ. amer. med. assoc.*, 22 giugno 1935, pag. 2300) rileva che l'innervazione della cistifellea deriva dal vago di sinistra e dallo splancnico attraverso il plesso celiaco, le fibre del quale sono date dal VI toracico fino al I lombare. Il cuore è innervato dal vago e dalle fibre del sistema simpatico toracico.

Le malattie della cistifellea possono (per irritazione della porzione centrale del diaframma e le branche distali del frenico, il vago, i nervi endotoracici ed il plesso celiaco) mandare impulsi, che possono essere proiettati in zone sensorie generalmente non affette da tale organo.

Nei casi di malattia cardiaca, l'ingrossamento del fegato è dovuto a congestione passiva, ma quando esso è dovuto a colecistite cronica in un cardiopatico, si può invece attribuire il maggior volume e la dolorabilità ad impedimenti della circolazione. In tali circostanze, la diagnosi di malattia della cistifellea è resa difficile per la presenza di quella cardiaca.

Un segno importante di malattia della cistifellea è la così detta area di Ewald di iperestesia cutanea della parte bassa di destra del dorso, proprio all'interno dell'angolo posteriore della scapola, sul decorso del X ed XI nervo intercostale.

I sintomi cardiaci che si osservano nelle malattie della cistifellea sono dovuti agli stretti rapporti di innervazione dei due organi ed alla miocardite tossica dovuta all'assorbimento di tossine provenienti dalla cistifellea cronicamente infiammata. L'aumento allarmante delle malattie coronariche e la giusta preoccupazione del pubblico in materia richiedono che si facciano delle diagnosi esatte e non si infligga inutilmente al paziente il minaccioso verdetto di una angina pectoris inesistente. *fil.*

NOTE SULL'ANESTESIA

L'anestesia localizzata nella pratica giornaliera.

L'anestesia locale e regionale può rendere dei grandi servizi anche ai medici, e i chirurghi non devono ormai restare i soli a beneficiare di questo ausilio (G. L., *Journal des Pract.*, 7 settembre 1935).

Tecnica: si può usare a seconda delle preferenze la novocaina o i suoi succedanei: sincaina, scurocaina, allocaina ecc. Occorre tenere pronte le soluzioni 1:200, 1:100 e 2:100. Le più concentrate servono naturalmente nei casi in cui si deve infiltrare una regione meno estesa. Il buon senso e l'esperienza guideranno nella scelta.

È necessario assolutamente escludere l'impiego di adrenalina aggiunta perchè in casi speciali può dare gravi inconvenienti. (Nella ultima epidemia tifica, avendo praticato in un malato con grave anemia da enterorragia una ipodermoclisi con adrenalina ne risultò una escara larga un palmo di mano che impiegò circa 50 giorni a eliminarsi, e tre settimane a granulare e riepitelizzarsi. La lesione si manifestò per fortuna pochissimo dolorosa. — *N. d. R.*).

Indicazioni: 1) Utilissima è nella riduzione delle *fratture;* la anestesia locale praticata bene sul focolaio della frattura permette una più perfetta palpazione senza dolore, e facilita enormemente la messa in buona posizione dei frammenti; oltre s'intende all'enorme vantaggio di calma e di indolenzia che reca al paziente (Riche).

2) La stessa utilità si trova nella riduzione delle *lussazioni*, ove si ha soppressione del dolore e della contrattura muscolare. Si noti e ricordi che l'infiltrazione novocainica non va fatta intraarticolare, ma periarticolare cercando di inibire i muscoli e i legamenti.

3) Una utilità enorme e facilmente apprezzabile si ha anche nelle *distorsioni ed artriti traumatiche*: in questi casi, vari giorni dopo il trauma l'articolazione anche non diste-

sa, rimane fortemente dolente e ciò rende impossibile ogni minimo movimento. Orbene (Riche) la anestesia locale fa sparire il dolore e libera subito l'articolazione rendendone possibile la immediata utilizzazione funzionale.

4) Il metodo rende più facili e quindi più utili perchè pù precoci le cure dei *traumatismi* e delle *infezioni delle dita* ove l'anestesia si ottiene assai bene con un ago introdotto nella commissura interdigitale e che si spinga successivamente in avanti e indietro iniettando la soluzione al 2:100.

5) L'anestesia cutanea infine può dominare molti *dolori viscerali* (Lemaire ecc.). Qui la azione si basa sulla teoria del dermatomero di Head. Meglio di tutte cedono le sierodinie, specie le pleurodinie, ma il metodo si può estendere a molti altri casi: coliche epatiche, nefritiche, dolori gastrici, crisi anginose, che si verificano in circa la metà dei casi. Le crisi tabetiche non sono influenzate. L. TONELLI.

Sulla narcosi oleo-eterea.

G. V. Lobmayer (*Rivista di Chirurgia*, n. 3, 1935) ha, negli ultimi 15 anni, adoperato la narcosi oleo-eterea per via rettale in 708 casi, ottenendone buoni risultati.

La tecnica usata dall'A. è la seguente: 1 ora e mezza prima dell'operazione si pratica al p. ancora a letto un'iniezione di morfina-atropina e quindi, mediante un catetere Nélaton, si inietta nel retto 100 cc. di un'emulsione a parti eguali di etere solforico per narcosi con olio d'oliva purissimo, chiudendo quindi con una pinzetta la Nélaton. Dopo una mezz'ora, altra iniezione nel retto di 100 cc. della emulsione suddetta; dopo un'altra mezz'ora, terza iniezione di 60-80-100 cc. dell'emulsione oleo-eterea, cosicchè in tutto il p. riceve dai 130 ai 150 cc. di etere.

L'A. ha usato questa anestesia in 708 p. la cui età variava da un minimo di 6 a. a un massimo di 83 a. e per interventi sul capo, sul collo, sul torace e sugli arti superiori.

L'A. non ha avuto a lamentare alcun incidente da questo tipo di anestesia, ed egli perciò lo raccomanda caldamente.

G. GENTILE.

L'evipan sodico per via intramuscolare.

Lotheissen (*Zbl. chir.*, n. 10, 1935) ha adoperato l'Evipan sodico per via intramuscolare come preparatorio per l'anestesia locale. 3/4 d'ora prima dell'intervento somministra 1-2 ctgr. di morfina, secondo i casi; 1/4 d'ora prima dell'intervento inietta 10 cc. di Evipan sodico al 10 %. In tal modo il paziente si trova in condizioni tali di riposo e di rilasciamento che l'anestesia locale diviene completamente sufficiente anche per grandi interventi. L'A. adopera questo tipo di anestesia da più di un anno nelle toracoplastiche, piombaggi polmonari, morbo di Basedow ecc., con piena soddisfazione.

G. PACETTO.

Anestesia basale per ingestione di nembutal.

M. F. d'Allaires (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, p. 747 n. 19, 8 giugno 1935) propone il Nembutal (ethyl, methyl, butyl, barbiturato di sodio) come anestetico basale, somministrandolo per via digestiva. Questa stessa sostanza è già stata adoperata in America, ma allo scopo di ottenere una anestesia generale profonda e per via endovenosa. L'A. però dice come questo uso non sia scevro di pericoli.

Il prodotto si trova in commercio sotto forma di capsula di 9 centigr.; di questa se ne somministrano 3-4 complessive un'ora e mezz'ora prima dell'operazione, ottenendo in tutti i casi che il malato si addormenti. L'A. aggiunge poi per la insensibilità totale o la narcosi con liquido di Schlich, o il protonido di azoto, o in molti casi l'anestesia locale.

Di questo procedimento si è trovato molto contento, non avendo avuto a lamentare stati di intossicazione, e avendo tutti i vantaggi dell'uso di piccole dosi di liquido anestetico.

L'A. consiglia quindi questo prodotto e esorta i chirurghi ad adoperarlo in modo di aver una casistica più numerosa per confermare o meno i vantaggi da lui riscontrati.

U. BRACCI.

DIETETICA.

La soia nella piuria, nel diabete e nell'eczema.

Basandosi sull'esperienza di 3 anni, Becker (*Arch. f. Verdauungskr*, e *Schweiz. med. Wochens.*, 20 luglio 1935) raccomanda l'alimentazione con la soia nelle tre malattie indicate. Essa ha anzitutto il vantaggio di agire come antidispeptica, provocando una minore secrezione gastrica e senza disturbare la motilità dello stomaco. Inoltre, nelle accennate malattie, agisce in senso favorevale apportando delle basi, per l'alto contenuto minerale; l'urina diventa rapidamente alcalina. Nei diabetici, il pane di soia costituisce un ottimo surrogato di quello comune e può venire mangiato in quantità doppie di questo. *fil.*

SEMEIOTICA

Sull'aumentata eliminazione di urea nella prova dell'acqua di Volhard.

L'introduzione di acqua per via orale provoca uno stato di idremia ed uno scambio di minerali e di ioni tra sangue e tessuti. Si è cercato di trovare una spiegazione per l'aumentata eliminazione di varie sostanze con l'urina nelle oscillazioni dei costituenti del sangue che si manifestano in seguito all'apporto di acqua, senza però giungere a risultati univoci.

H. Maier (*Die Med. Welt*, 17 agosto 1935) ha praticato una nuova serie di ricerche mediante la prova dell'acqua di Volhard, ottenendo i seguenti disultati:

1) Dopo l'ingestione di litri 1 ½ di acqua l'individuo normale elimina con le urine nel-

le successive sei ore una grande quantità di urea e di cloruro di sodio. La quantità assoluta di urea può raggiungere 10,7 gr.

2) Le oscillazioni, rispettivamente la diminuzione dell'urea ematica nel decorso della prova dell'acqua, non sono sufficienti per spiegare l'aumentata eliminazione con le urine. Deve quindi avvenire una mobilizzazione dai tessuti di una grande quantità di urea.

3) L'introduzione di acqua per via orale provoca una diluizione del sangue. Contemporaneamente hanno luogo anche oscillazioni della concentrazione degli altri costituenti del sangue, con vario comportamento dei singoli valori. M. NUNBERG.

VARIA

La melioidosi nuova malattia tropicale.

Storia: segnalata nel 1913 da Whitmore in Birmania, fu studiata dagli inglesi Stanton e Fletcher, richiamò poca attenzione perchè parve limitata agli stati Malesi e alla Birmania.

Laquintine (*Thèse de Paris*, 1934) insegnò che R. Pous e M. Advier dell'Istituto Pasteur di Saïgon l'avevano descritta nel 1925 in Indocina. È quindi ormai necessario tenerla presente e la ricerca del bacillo di Whitmore si impone ormai in molti strati setticemici.

Batteriologia: è dovuta al bacillo di Whitmore, mobile, gramnegativo. Esso è caratterizzato da due specie di culture, grosse e pieghettate. Ha un aspetto speciale sul gelosio di Veillon, su questo ha proprietà proteolitiche e saccarolitiche più o meno accentuate. Come classificazione occupa un posto intermedio tra il bacillo piocianico e il bacillo della morva.

Clinicamente (*Journ. des pratic.*, 13 luglio 1935, n. 28) è una malattia estremamente polimorfa; può aversi una forma iperacuta, acuta, subacuta e cronica.

Essa ha il quadro di una setticemia, però la diagnosi si smarrisce spesso perchè le localizzazioni secondarie prevalgono sui fatti generali e rendono disorientato il medico.

Di qui deriva l'importanza delle indagini di laboratorio in specie la emocultura, e la successiva minuziosa identificazione del microbo.

Le localizzazioni setticemiche possono colpire qualsiasi viscere, presso l'uomo come negli animali: polmoni, fegato, reni, milza, ossa, linfoglandole, cellulare sottocutaneo possono essere la sede delle lesioni.

Nella cavia maschio si ottiene una orchite simile a quella della morva.

Anatomia patologica: sperimentalmente si è messo in evidenza la fissazione elettiva dell'agente patogeno a livello delle regioni ricche di linfatici, e con tendenza alla caseificazione. Nei visceri si ha spesso una disposizione a coccarda che ricorda l'aspetto di certe micosi.

Epidemiologia: l'epidemia umana è preceduta da una epizoozia dei piccoli roditori. Il topo pare il serbatoio del virus. L'uomo si infetterebbe per lo più per via digestiva prendendo alimenti insudiciati con dejezioni di animali malati. Più rara è la via mucosa e la cutanea.

Profilassi: consiste in norme di pulizia, di igiene e nell'uccisione dei topi.

Terapia: è puramente sintomatica. Gli autovaccini, la così detta Whitemorine e la Anawhitemorine non han dato risultati apprezzabili. Può essere necessario l'intervento chirurgico per le localizzazioni periferiche.

L. TONELLI.

Sulle modificazioni dell'umore negli spostamenti dell'equilibrio acido-base.

Poco si sa ancora sui rapporti fra alterazioni somatiche obiettivamente riconoscibili e determinate perturbazioni psichiche.

P. Hoff (*Münch. Med. Woch.*; 13 settembre 1935) nel corso di ricerche sperimentali ha avuto occasione di fare qualche osservazione che lo porta a ritenere che lo spostamento sperimentale dell'equilibrio acido-base produca modificazioni dell'umore, e precisamente che uno spostamento in senso acidotico provochi una depressione dell'umore.

Anche nell'acidosi diabetica c'è tendenza ad uno stato nettamente depressivo, che è anche da riferirsi ad un'azione tossica diretta dei prodotti acidi del ricambio.

Si sa pure che le donne all'inizio della mestruazione e più ancora nel periodo pre-mestruale hanno una spiccata tendenza alla depressione dell'umore: è stato dimostrato che in detto periodo si stabilisce una tendenza acidotica del ricambio; modificazioni nel campo delle secrezioni interne devono essere la causa dell'anomalia psichica. Così pure all'umore triste e svogliato nel corso delle malattie febbrili ed a quello lieto e giocondo della convalescenza corrispondono uno stato rispettivamente acidotico ed alcalotico.

Ma le modificazioni dell'equilibrio acido-base non rappresentano che uno dei fattori delle complesse regolazioni neuro-vegetative.

Acidosi, leucocitosi con neutrofilia e deviazione verso sinistra, elevazione della temperatura, simpaticotonia sono strettamente associati; così è pure d'altra parte per l'alcalosi, la diminuzione dei leucociti con linfocitosi, l'abbassamento della temperatura e la parasimpaticotonia. Altro esempio di connessione tra disturbi psichici ed alte reazioni somatiche è fornito da molte malattie mentali, nelle quali durante i periodi di peggioramento v'è tendenza alla leucocitosi con neutrofilia e deviazione verso sinistra e diminuzione degli eosinofili, mentre il contrario si verifica nei periodi di miglioramento. M. NUNBERG.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Deliberazioni del Consiglio dei Ministri nel campo sanitario.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato:

Uno schema di R. D. circa il *trattamento da farsi ai dipendenti statali in caso di infortunio o di malattia contratta in servizio.* Il provvedimento ha lo scopo di stabilire anche nei casi su indicati un trattamento uniforme per tutti i dipendenti civili e militari di qualsiasi Amministrazione dello Stato;

Uno schema di decreto legge concernente il *servizio sanitario a bordo delle navi mercantili.* Il provvedimento mira ad agevolare l'assegnazione di medici da parte delle società di navigazione, allo scopo di assicurare il servizio sanitario a bordo delle navi mercantili dirette all'Africa Orientale;

Uno schema di decreto legge recante norme per regolare la concessione da parte dell'Istituto Nazionale Fascista per l'assistenza dei dipendenti degli Enti locali dell'*indennità premio di servizio ai sanitari collocati a riposo* a norma dell'art. 364 del Testo Unico delle leggi sanitarie prima del compimento dei sei anni di iscrizione all'Istituto.

Cronaca del movimento professionale.

Misure per risolvere il problema della disoccupazione fra i medici.

La Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti ha comunicato che il Ministero degli Interni, accogliendo i voti del Sindacato nazionale fascista dei medici, tendenti ad ottenere l'adozione di misure per le quali possa in qualche modo essere risolto il problema della disoccupazione nella categoria e particolarmente l'eliminazione del cumulo degli incarichi retribuiti tra i sanitari, tra coloro soprattutto che occupano posti in pianta stabile presso le pubbliche amministrazioni, ha pregato con apposita circolare i Prefetti di prendere le disposizioni necessarie al raggiungimento dello scopo nell'ambito delle rispettive giurisdizioni. In base a detta circolare che tiene opportuno conto delle indispensabili eccezioni e limitazioni, i Prefetti sono stati invitati a rivolgere premure agli enti autarchici dipendenti, alle istituzioni di beneficenza e di assistenza e a tutte le associazioni ed enti assistenziali sanitari esistenti in provincia, perchè, aderendo al generale indirizzo politico del Regime, esaminino la possibilità di revocare gli incarichi retribuiti eventualmente affidati a sanitari già provvisti di un assegno fisso adeguato alle necessità della loro famiglia, ripartendo equamente gli incarichi stessi tra i sanitari che ritraggano scarsi guadagni dalla loro attività professionale e non abbiano occupazioni remunerative.

Per la sospensione dei concorsi.

Come abbiamo riferito, la Presidenza del Consiglio ha disposto con una sua circolare che siano sospesi fino a nuovo ordine i bandi di concorso per le amministrazioni dello Stato, per le Provincie e per i Comuni e gli Enti parastatali o comunque controllati dallo Stato. È fatta eccezione solo per l'amministrazione militare. Casi eccezionalissimi che si presentassero dovranno essere sottoposti direttamente all'approvazione del Capo del Governo.

A questo proposito è bene ricordare che il Consiglio dei Ministri del 30 marzo stabiliva che i richiamati alle armi partecipanti ai concorsi dello Stato, i quali abbiano superato le prove scritte, oppure non abbiano potuto sostenerle, verranno ammessi rispettivamente alle prove orali o alle scritte e alle orali del primo concorso che sarà indetto nello stesso ruolo dopo il loro congedamento e così anche per i concorrenti a impieghi presso gli Enti locali o Enti parastatali.

Nella Circolare della Presidenza del Consiglio non è specificato se il provvedimento della sospensione dei bandi di concorso va esteso ai soli concorsi eventualmente da bandire o anche ai concorsi già indetti e non ancora scaduti. In proposito sono state chieste delucidazioni.

Da informazioni assunte e pubblicate nei giornali, risulta che per i concorsi già banditi occorre distinguere due casi: primo, concorsi per i quali non sono state ancora iniziate le prove scritte: restano sospesi fino a nuova disposizione; secondo, concorsi per i quali già abbiano avuto luogo le prove scritte; conservano tutta la loro efficacia fino al completo espletamento. Sono comunque eccettuati dai provvedimenti i concorsi interni e gli esami di abilitazione professionale.

Ordine dei medici e Sindacati.

In relazione alla nuova disciplina giuridica dell'esercizio delle professioni sanitarie che, con l'articolo 34, fissava il passaggio dei poteri e delle funzioni dei commissari prefettizi degli Ordini professionali sanitari ai Direttorii dei corrispondenti organi sindacali, alla data di entrata in vigore del decreto stesso, 1° settembre, è stato tempestivamente comunicato ai Sindacati interessati quanto segue:

« Il Ministero dell'Interno, Direzione generale della Sanità, ha stabilito, in seguito all'interessamento della Corporazione professionisti ed artisti, e informandone le Prefetture del Regno, che vengano nominati commissari prefettizi degli Ordini, i segretari delle rispettive associazioni sindacali, allorchè saranno avvenute le elezioni dei normali organi direttivi e approvate dal Ministro delle Corporazioni le nomine dei segretari in parola. Ciò, ad eccezione di quei casi in cui le cariche di commissario prefettizio dell'ordine e di segretario o commissario della corrispondente associazione sin-

dacale, siano già ricoperte dalla stessa persona e questa venga confermata nella carica.

Sono state anche impartite alle Prefetture del Regno disposizioni per un'assidua vigilanza in dipendenza del passaggio dei poteri e delle attribuzioni dei commissari prefettizi degli Ordini sanitari ai Direttorii dei corrispondenti organi sindacali nell'intento d'assicurare che la gestione dei contributi dei sanitari iscritti nei rispettivi Albi si ispiri a criteri di oculata e rigorosa parsimonia ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La nuova tariffa dei medicinali.

È stata pubblicata, dall'Istituto Poligrafico dello Stato, la nuova tariffa dei medicinali per la vendita al pubblico, che andrà in vigore dal giorno 28 ottobre 1935-XIII.

I prezzi indicati nella tariffa non possono essere superati. I contravventori sono puniti con l'ammenda da lire cento a duemila (art. 125 del T. U. delle leggi sanitarie approvato con R. D. 27 luglio 1934, n. 1265).

In ogni farmacia è prescritto che deve essere conservato ed essere ostensibile al pubblico un esemplare della tariffa ufficiale dei medicinali (art. 123 T. U. citato).

Pertanto, tutte le farmacie dovranno provvedersi in tempo utile della nuova pubblicazione, richiedendola alla Libreria dello Stato presso il Ministero delle Finanze.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

Concorsi sanitari delle RR. Prefetture

Nella impossibilità di riportare, anche in sunto, notizie di tutti i bandi di concorso, ci limitiamo a indicare alcune scadenze: Bolzano 10 ottobre; Messina 15 ottobre. Per Massa proroga al 15 ottobre, ore 18.

GARBAGNATE MILANESE. — (Vedere MILANO).

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Proroga al 15 novembre, ore 16, dei concorsi a primario specialista, prosettore e due medici assistenti interni nel Sanatorio Vitt. Em. III presso Garbagnate Milanese.

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Concorso, per titoli, al posto di Primario Chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde del 12 % e delle altre ritenute come per legge); compartecipazione del 40 % dei proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40 salvo le eccezioni di legge. Sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche Universitarie od Ospedali di almeno 500 letti. Laurea conseguita da almeno 10 anni. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 20 ottobre 1935-XIII. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Nardò.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Proroga al 30 dicembre, ore 18, del concorso a primario dermosifilopata.

VARESE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — È aperto il concorso a 5 posti di Medico Dirigente delle Sezioni Dispensariali ed al posto di Medico-Aiuto del Dispensario Provinciale. Stipendio annuo lordo L. 4000. Ai sanitari non abitanti nel Comune Sede del Dispensario verrà corrisposta un'indennità speciale di L. 4000 annue, il tutto con le riduzioni stabilite dai RR. DD. LL. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 arile 1934 n. 561. Scadenza ore diciotto del 15 novembre 1935-XIV. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Varese.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Beniamino De Vecchis è nominato vicedirettore dell'Istituto « Eastman » di Roma. Rallegramenti cordiali.

È stata conferita la medaglia nell'ordine « al merito della Sanità Pubblica » a S. E. Pietro Giacone, ora prefetto di Rieti, per l'opera da lui spiegata, quale prefetto di Cosenza, nella lotta contro la scarlattina in alcuni comuni di quella provincia.

Il prof. L. Gonzaga è nominato presidente della Società brasiliana di pediatria.

Il dott. C. M. Goethe è nominato presidente dell'« Associazione di Studi Eugenici » degli Stati Uniti.

Il dott. J. J. Waring è nominato presidente dell'« Associazione nazionale della tubercolosi » degli Stati Uniti.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Montreux.

La settimana medica internazionale in Svizzera.

Una conferenza del Prof. Sanarelli.

Sotto l'alto patronato del Consiglio federale della Confederazione Elvetica e ad iniziativa di un Comitato costituito dalle principali autorità universitarie, politiche ed amministrative dello Stato e del Cantone di Vaud, si è svolto nella ridente città di Montreux, dal 9 al 14 settembre, la « Settimana medica internazionale Svizzera ».

All'importante convegno hanno partecipato circa 300 medici accorsi da tutti gli Stati di Europa.

Il programma risultava, difatti, oltremodo allettatore inquantochè erano annunziate conferenze scientifiche, affidate dal Comitato ai più rinomati Maestri della Medicina e della Chirurgia.

I proff. Dale di Londra, Staub e von Müller di Monaco, Quervain di Berna, Bauer di Vienna, Sanarelli di Roma, Laqueur di Amsterdam, Abderhalden di Halle, Sigerist di Baltimora, Lemierre, Nobécourt e Hartmann di Parigi, Staehelin di Basilea, Michaud di Losanna, Karrer e Feer di Zurigo, Holmgren di Stoccolma, Payr di Lipsia, Diaz di Madrid, Askanazy e Besse di Ginevra ecc. hanno tenuto, innanzi a un folto e attento uditorio internazionale, delle conferenze magistrali sui più svariati e vivi argomenti di alta cultura medica.

La seduta inaugurale è stata aperta con elevati discorsi del dott. Etter, Ministro dell'Interno e dell'Istruzione; del Consigliere di Stato N. Bosset, capo del Dipartimento dell'Interno del Cantone di Vaud; dei rappresentanti della città di Montreux, del Rettore dell'Università di Losanna ecc.

Dal 9 al 14 tutte le mattinate e i pomeriggi sono stati generalmente consacrati alle conferenze. Le serate erano per lo più riservate alle discussioni intorno ai vari temi svolti dai conferenzieri.

Dobbiamo segnalare come particolarmente gustata ed applaudita la conferenza tenuta dal nostro prof. Sanarelli su « Le allergie emorragiche nella patologia umana e sperimentale ». L'illustre Maestro dell'Ateneo Romano ha esposto, nella forma chiara e brillante che gli è consueta, i suoi noti studi sull'importante fenomeno cui è ormai legato il nome di lui e che, al presente, è oggetto di sviluppi fecondi tanto nel campo clinico come in quello sperimentale, in Italia e all'Estero.

Si è presa occasione di un così eccezionale raduno di scienziati per procedere alla cerimonia inaugurale della nuova Clinica Medica dell'Università di Losanna, magnifico ospedale modello dovuto alla generosa liberalità della Casa Nastlé. Il direttore della Clinica, prof. L. Michaud, vi ha tenuto una lezione sulle questioni attuali riguardanti le nefropatie.

La seduta di chiusura è stata presieduta dal prof. Sanarelli che, in una felice allocuzione di congedo e di ringraziamento, a nome dei conferenzieri invitati e di tutti i partecipanti, ha sostenuto l'utilità dei convegni scientifici internazionali che, mettendo in relazione gli scienziati e gli studiosi del mondo intero, compiono la migliore propaganda a favore dell'opera di solidarietà e di fraternità universali. Imparare a conoscerci, ha detto Sanarelli, significa anche imparare ad apprezzarci, a stimarci e, diciamolo pure, ad amarci un poco! La medicina, egli ha concluso, è forse la sola scienza i cui progressi non riserbano mai insidie o danni all'umanità. Professando il culto della vita, la medicina professa implicitamente quello della pace.

Si sono compiute anche escursioni nei pittoreschi dintorni di Montreux, del Lago Lemano e del Cantone di Vaud, con visite agli storici castelli di Nyon e di Chillon ove il Consiglio di Stato cantonale ha offerto una caratteristica colazione.

Interessantissima escursione è stata quella effettuata a Gruyère, anche per visitare, a Broc, la grandiosa fabbrica di cioccolata della Ditta Nestlé.

Il successo della settimana medica internazionale in Svizzera è stato oltremodo brillante, non solo per l'intervento delle molte personalità scientifiche accorse da ogni parte, ma anche per la larga e signorile accoglienza fatta a tutti i partecipanti nella graziosa città adagiata sulle sponde del Lago Lemano, per l'accoglienza calorosamente ospitale da parte di tutte le autorità governative e cantonali, per le infinite attenzioni del solerte Comitato ordinatore, sopratutto dell'instancabile prof. Gigon di Basilea, redattore-capo della « Schweizeriche Medizinische Wochenschrift », efficacemente coadiuvato dal collega prof. Wolff di Ginevra.

In detta importante rivista sono già in corso di pubblicazione tutte le conferenze tenutesi in così importante e simpatico convegno scientifico internazionale. Dr. FR. M.

Semi-gratis:

Dott. Prof. A. ROMAGNA MANOIA
Docente di Neuropatologia nella R. Università di Roma

I disturbi del sonno e loro cura

Prefazione del **Prof. GIOVANNI MINGAZZINI**

Volume in-8°, di pagine VIII-196, con 12 figure nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina. Prezzo L. **18**, più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati sole L. **9** in porto franco, in Italia. Per l'Estero L. **10**.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

NOTIZIE DIVERSE

Riduzione di mole dei periodici e riviste.

Sono note, per essere state pubblicate in tutti i quotidiani d'Italia, le disposizioni emanate dal Ministero della Stampa e Propaganda sul quantitativo del numero di pagine dei giornali e di tutti i periodici e Riviste.

Per quanto ci riguarda, preghiamo pertanto gli autori di attenersi alla massima brevità nei loro lavori, riducendo al minimo i richiami storici, la documentazione clinica e sperimentale, le indicazioni bibliografiche e rendendo stringata tutta l'esposizione. In linea generale, i lavori non dovranno superare 10 colonne.

Ci troveremo nella necessità di non accogliere lavori non rispondenti a tali norme (faremo eccezione solo per quelli già accettati, composti e dei quali gli autori abbiano già corrette e restituite le bozze approvate per la stampa).

La lingua italiana nei congressi internazionali.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri recentemente nel concedere il « nulla osta » per la partecipazione italiana ad un congresso internazionale, ha fatto presente che le comunicazioni dei nostri delegati debbono essere in lingua italiana e che i delegati stessi debbono dichiarare che la partecipazione italiana ai futuri congressi internazionali è subordinata all'ammissione della lingua italiana fra le lingue ufficiali.

I congressi medici di Bologna.

Com'è noto, per disposizione di S. E. il Capo del Governo, per il mese di ottobre sono organizzati a Bologna numerosi Congressi e Convegni di Società medico-chirurgiche. Ne diamo l'elenco, indicandone i giorni 1-2: Convegno di Medicina Sociale; 4: Congresso di Marconiterapia; 5: Convegno Interregionale di Radiologia Medica; 8-9: Convegno della Società di Patologia Generale; 10: Convegno di Dermatologia e Sifilografia; 12-15: Congresso Nazionale di Ostetricia e Ginecologia; 16: Congresso Associazione Nazionale Dottoresse in Medicina e Chirurgia; 17-19: Convegno Interregionale di Pediatria; 20-22: Congresso Nazionale di Oto-Rino-Laringologia; 21-22: Congresso Nazionale di Radio-Biologia; 21-22: Congresso della Società Italiana di Ortopedia; 22-23: Congresso di Medicina dello Sport; 23-26: Congresso della Società Italiana di Medicina Interna; 23-26 Congresso della Società Italiana di Chirurgia Generale; 26-27: Congresso della Società Italiana di Urologia; 26-27: Congresso di Analgesia e Anestesia; 29-30: Congresso della Società Italiana di Chirurgia Plastica; 29-30: Congresso dell'Associazione Nazionale di Idrologia e Climatologia.

A sede principale dei lavori è destinato l'Archiginnasio.

24° Congresso italiano delle scienze.

La Società Italiana per il progresso delle Scienze terrà la XXIV Riunione in Palermo, dal 12 al 18 ottobre.

La Società comprende tre classi; nella classe B (Scienze biologiche) la Sezione 1ª riguarda la Zoologia e l'Anatomia (presidente: prof. A. Ghigi; segretario: prof.a A. Vecchi); la Sezione 3ª riguarda la Fisiologia e la Psicologia (presidente: prof. G. Quagliariello; segretario dott. M. Saviano); la Sezione 4ª riguarda la Patologia (presidente: prof. sen. G. Viola; segretario: prof. P. Benedetti).

I lavori si svolgeranno in sessioni plenarie, in Sezioni ed in gruppi di Sezioni.

A Sezioni riunite verrà presentata una relazione dal prof. C. Foà sul tema « Vita, morte, reviviscenza ».

Tra i temi che possono maggiormente interessare i medici nella Classe B sono:

SEZIONE 1ª, *Discorso di Sezione*: O. M. Olivo, « La biologia cellulare studiata con metodi moderni »;

SEZIONE 3ª, *Discorsi di Sezione*: F. Bottazzi, « Fisiologia dell'esercizio muscolare »; A. Gemelli, « I recenti progressi dell'elettroacustica nelle loro applicazioni allo studio del linguaggio »; *Relazione annuale*: G. Pupilli, « Le ricerche italiane nel campo della fisiologia durante l'anno XIII E. F. »; *Discussione generale*: « Bisogno di proteine dell'organismo animale », introduttore S. Visco;

SEZIONE 4ª, *Discorsi di Sezione*: G. Viola, « L'uomo medio nei rapporti con la fisiopatologia »; *Relazione annuale*: B. Bolta, « I più notevoli progressi italiani nei varii campi della patologia durante l'anno XIII E. F. »; *Discussione generale*: « La costituzione chimica dei batteri in rapporto alla funzione patogena », introduttore B. Borghi.

Alcuni discorsi di Sezione saranno oggetto di lavori a gruppi di Sezioni.

I soci possono partecipare alla riunione gratuitamente; per le persone di famiglia è fissata una quota di L. 15. Sono stabilite facilitazioni di viaggio e di soggiorno e sono organizzati ricevimenti, cerimonie ed 8 gite.

Per il programma dettagliato rivolgersi alla sede sociale, via del Collegio Romano 26, Roma.

1° Congresso internazionale sulla trasfusione del sangue.

Si è svolto a Roma dal 26 al 29 settembre, con larghissimo intervento di studiosi.

La seduta inaugurale ebbe solennemente luogo al Campidoglio, nella Sala delle Bandiere. Tra gli altri erano presenti il direttore generale della Sanità, prof. Petragnani, l'on. Morigi, vice-segretario del Partito, il segretario generale del Sindacato Medico on. prof. Morelli e moltissime altre personalità. Il prof. Alessandri, consultore del Governatorato di Roma, ha porto ai convenuti il saluto del Governatore. Il presidente del convegno, prof. Lattes, direttore dell'Istituto di Medicina Legale all'Università di Pavia, ha precisato lo stato attuale degli studi e dei risultati relativi alla trasfusione del sangue. Il sig. Hirszfald, a nome dei congressisti stranieri, ha rivolto un caloroso ringraziamento al Governo italiano. Dopo un ricevimento offerto loro in Campidoglio, i congressisti si recarono a rendere omaggio al Milite Ignoto e all'Ara dei Caduti fascisti.

I lavori si sono svolti nell'Aula Magna della Clinica Chirurgica. Tra i disserenti sono stati moltissimi e reputati studiosi. I lavori hanno destato vivo interesse.

Esauriti tutti gli argomenti, il presidente prof. Lattes di Pavia improvvisò un applaudito discorso di congedo, dopo di che il prof. Tzanck di Parigi rivolse parole di vivo ringraziamento, a nome della Delegazione estera, al prof. Lattes ed a tutti i componenti il Comitato ordinatore, nonchè alla benemerita istituzione A.V.I.S. per la sapiente preparazione di questo riuscitissimo Congresso.

Il nuovo Congresso si terrà a Parigi nel 1936.

10° Congresso dell'Associazione professionale internazionale dei medici.

Quest'Associazione, designata dalle sigle « A. P. I. M. », aduna i propri delegati una volta l'anno per confrontare gli studi compiuti e i progressi realizzati, dal punto di vista professionale, in tutti i Paesi affiliati. Il 10° convegno si è tenuto a Bruxelles dal 4 all'8 settembre; vi erano rappresentati 19 Paesi, di cui 4 per procura; i lavori, organizzati dai delegati belgi dottori Mattlet e Dumont, si sono svolti sotto la presidenza del dott. Tornel, delegato spagnolo. Sono stati presi in esame tre temi, su cui erano state organizzate delle inchieste internazionali a cura del dott. Decourt.

Uno dei temi riguardava la « carta medica » nei diversi Paesi. Vennero approvati ad unanimità alcuni principî fondamentali, che dovrebbero valere per tutti i Paesi: libera scelta del medico, quanto più è possibile completa; rispetto del segreto professionale; evitare il funzionarismo nella medicina, per ciò che riguarda l'assistenza individuale; libertà di prescrizione, sotto riserva di controllo per evitare gli abusi; contratti collettivi, per regolare, in medicina sociale, i rapporti dei medici con le collettività e con lo Stato.

Un altro tema riguardava « la pubblicità d'ordine medico e farmaceutico »; dopo aver constatato il pericolo pubblico e sociale che, in tale dominio, deriva dalla licenza, furono approvate alcune conclusioni secondo le quali si chiede la revisione della legislazione, l'emanazione di norme speciali per reprimere gli abusi e, tra l'altro, la costituzione di Commissioni governative, comprendenti delegati dei gruppi professionali, muniti di un potere di disciplina e censura. Fu anche proposto di regolamentare la pubblicità dei medici e furono avanzati altri desiderata.

Una terza inchiesta internazionale riguardava i diritti e i doveri dei medici, secondo la legislazione dei diversi Paesi; furono votate conclusioni che non mirano a fissare una deontologia uniforme, ma indicano, in modo abbastanza preciso, i diritti e i doveri « primordiali » del medico.

Un lungo scambio di vedute sulle assicurazioni sociali e sulla loro ripercussione nella situazione del corpo medico chiuse i lavori. Venne commemorata la compianta regina del Belgio. Alla presidenza annuale è stato chiamato il dott. Mattlet. La prossima riunione si terrà nel 1936 ad Amsterdam.

Echi del 4° Congresso nazionale di nipiologia.

A complemento delle notizie già date, stimiamo opportuno di rilevare che questo congresso assunse singolare rilievo e divenne quasi un congresso internazionale per l'adesione e la partecipazione di Società, Istituti e scienziati stranieri.

Degne di nota furono le adesioni dell'Associazione Internazionale per la Protezione dell'Infanzia, dell'Unione Internazionale di Soccorsi ai Bambini, dell'Associazione Internazionale di Pediatria Preventiva, del Consiglio del Bambino e della Federazione delle Scienze dell'Uruguay, della Società Argentina di Nipiologia, delle Società Argentina, Brasiliana e Cilena di Pediatria, delle Società di Pediatria di Madrid e di Montevideo, della Lega Peruviana di Igiene e Profilassi sociale e di altri Enti.

Inviarono importanti comunicazioni i proff. e

dottori Acuñña, Baeza Goñi, Berro, Bettinotti, Comby, Debré, Del Carril, Garrahan e Thomas, Guizio, Lereboullet, Lesné e Dreyfus-Sée, Martínez Vargas, Mouriquand, Navarro, Obes Polleri, Pelfort, Rohmer, Wieland.

Alla seduta inaugurale intervennero e presero la parola i Consoli dell'Argentina, del Cile e dell'Uruguay, che rappresentarono i loro Paesi.

Fu inviato alla Società di Pediatria di Montevideo un telegramma di omaggio alla venerata memoria di Luis Morquio.

1° Congresso nazionale sull'alimentazione.

Promosso dal Sindacato nazionale medico e dalla Commissione per lo studio dei problemi dell'alimentazione e dal Consiglio nazionale delle ricerche, avrà luogo in Roma dal 23 al 26 ottobre del corrente anno, il I Congresso nazionale della alimentazione dell'uomo.

Il Congresso tratterà argomenti di carattere scientifico e di carattere pratico. Alla seduta inaugurale S. E. il prof. Filippo Bottazzi parlerà sulla organizzazione della ricerca scientifica a servizio dell'alimentazione nazionale e l'on. prof. Eugenio Morelli tratterà dell'opera del medico nella propaganda alimentare.

Corsi di perfezionamento e di aggiornamento.

Come già è stato da noi pubblicato, si è svolto alla Scuola di Clinica Tropicale in Roma un corso pratico di medicina tropicale, che ha avuto un enorme successo.

L'importanza di tale corso appare evidente se si pensa che non solo i 200-300 medici militari e civili in procinto di partire per le Colonie hanno sentito la necessità di queste lezioni, ma molti medici ospedalieri, tra cui primari o in funzione di primari, hanno frequentato con singolare assiduità le lezioni impartite dal sen. prof. Aldo Castellani, coadiuvato da una schiera di illustri insegnanti.

Presso le Regie Terme Berzieri a Salsomaggiore ha avuto luogo, il 27 settembre, la cerimonia inaugurale del II Corso di Alta cultura medica promosso e finanziato dalla gestione statale delle Regie Terme, sotto il patronato dell'Associazione medica italiana di Idroclimatologia. Il prof. Luigi Zoja, della R. Università di Milano, presidente del Comitato di consulenza delle Regie Terme, ha tenuto la lezione di apertura del Corso, il quale tratta quest'anno delle infezioni gonococcica e luetica.

Un corso di perfezionamento sulle grandi sindromi cardiache (insufficienza cardiaca, angina di petto, dolori precordiali, sincope) avrà luogo, a cura dell'Associazione d'insegnamento medico degli ospedali di Parigi, nell'Ospedale Tenon, sotto la direzione del prof. C. Lian, dal 12 al 22 novembre.

Un corso di revisione sulle acquisizioni mediche pratiche del 1935 in patologia interna si terrà nella Clinica medica propedeutica di Parigi, sotto la direzione del prof. Em. Sergent, dal 4 al 9 novembre.

Per ciascuno dei due corsi ora detti la tassa d'iscrizione è di fr. 250. Rivolgersi a: secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'École-de-Médecine 12, Paris

Limitazioni sul numero dei periodici.

Il Ministero della Stampa e Propaganda, con circolare del 13 settembre, invita i Prefetti ed i Questori ad usare molta severità nell'esame delle domande di nuove riviste, autorizzando soltanto quelle che sono assolutamente necessarie, ed a rivedere attentamente la congerie delle pubblicazioni esistenti, al fine di arrivare gradatamente alla soppressione di tutte quelle che, per la vita stentata che conducono, per la nessuna importanza che rivestono, per la materia trattata, per gli interessi esclusivamente privati che servono o per le persone che ad esse fanno capo, vengano riscontrate inutili od addirittura superflue.

Si contribuirà, per tal modo, alla limitazione nel consumo di carta.

Nomine negli Enti scientifici.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Educazione nazionale, ha approvato uno schema di R. decreto-legge contenente norme per le nomine dei presidenti e dei vice-presidenti delle Accademie, degli Istituti e delle Associazioni di scienze, lettere ed arti.

Il provvedimento si presenta quale necessario complemento della riforma degli Statuti Accademici attuata in base al R. decreto-legge 21 settembre 1933, n. 1333, convertito in legge con la legge 12 gennaio 1934, n. 90.

I mali dell'elettoralismo, stroncato dal Regime in ogni settore della vita del Paese, affiorano nella costituzione di tali sodalizi, derivandone una tara negativa in un ambiente al quale occcorre sopratutto garantire l'armonia più perfetta e la concordia più serena.

Per ovviare all'inconveniente, è stato predisposto l'anzidetto schema di Regio decreto-legge per cui spetta esclusivamente al Ministro della Educazione nazionale di promuovere la scelta o di scegliere, tra i membri ordinari degli istituti accademici, i presidenti o i vice-presidenti da nominarsi con Decreto Reale o Ministeriale.

La disposizione di cui sopra non si applica alla Reale Accademia d'Italia, data la sua speciale fisionomia di supremo organo accademico e culturale della Nazione.

Azioni giudiziarie.

Il Tribunale di Cuneo ha condannato il farmacista Riccardo Martinotti a 2500 lire di multa, spese ed accessorî, perchè egli, secondo l'accusa, avrebbe visitato ammalati, conglobando l'onorario della visita nel prezzo dei medicinali forniti ed inoltre si sarebbe, in più occasioni, spacciato per medico chirurgo; il Tribunale aveva respinto la domanda di costituzione di parte civile del Sindacato medico.

Al Tribunale penale di Milano si è svolto un processo contro la signorina Vittoria Rinaldini, ventunenne, che, mentre era diplomanda levatrice, eseguì delle iniezioni ipodermiche; ed anche contro la madre, Antonia Ghisaberti in Rinaldini, che si era temporaneamente fatta sostituire dalla figlia. Alle iniezioni seguì un ascesso profondo, che venne operato da un chirurgo. La figlia è stata condannata, per contravvenzione alle leggi sull'arte sanitaria, a 100 lire di ammenda e alle spese, mentre è stata assolta dall'imputazione di malesioni colpose, per insufficienza di prove; la madre è stata assolta, per non aver commesso il fatto.

Il dott. Mario Luccaroni di Roma è stato assolto, in istruttoria, dall'accusa di manovre abortive, cui seguì un processo settico ad esito letale; è stata rinviata a giudizio, invece, una levatrice implicata nel fatto.

Un po' dovunque.

Il prof. Cesare Agostini, direttore della R. Clinica neuropsichiatrica di Perugia, ha avanzato domanda di arruolamento quale volontario per l'Africa Orientale. La sua domanda è stata sottoposta al Capo del Governo, il quale ne ha disposto la segnalazione al Comando Generale della M. V. S. N., come da lettera del suo segretario particolare, dott. Osvaldo Sebastiani, all'illustre clinico.

Il gesto del prof. Agostini — combattente della grande guerra e fascista fedele — valga di esempio e di mónito nell'attuale momento.

Nel campo d'aviazione « Guido Colli » di Modena ha conseguito brillantemente il brevetto di pilota aviatore il prof. Icilio Bocchia, ufficiale sanitario, medico capo del Comune.

Col prof. Bartolomeo Bisbini, aiuto in quella Clinica Medica, pilota egli pure brevettato di recente, Modena conta tra la schiera eletta dei suoi sanitari, due valorosi colleghi, ottimi professionalmente, e valide aquile per le più alte fortune della Patria.

Negli ambienti sanitari egiziani sono insorte preoccupazioni, in quanto che le unità della Marina da guerra britannica entrano nei porti dell'Egitto e ne escono senza sottostare alle norme quarantenarie internazionali, rifiutando di fare le dichiarazioni imposte dai regolamenti. Le preoccupazioni sono tanto maggiori, in quanto che i movimenti sono avvenuti tra porti dell'Oceano Indiano, del Mar Rosso e del Mediterraneo.

Si è svolto a Bologna, nei giorni 1 e 2, il 1° Congresso nazionale della Previdenza sociale; all'inaugurazione intervenne l'on. Lantini, sottosegretario di Stato alle Corporazioni, in rappresentanza del Governo.

L'on. Lantini ha anche inaugurato la mostra internazionale del libro e le Mostre sanitarie. Ne daremo ulteriori notizie.

All'8° Congresso nazionale delle acque, che si svolgerà in Padova dal 12 al 16 ottobre, saranno in discussione, tra l'altro, alcuni temi d'interesse igienico e cioè: « Il trattamento delle acque per la loro potabilizzazione » (prof. D. Ottolenghi); « Requisiti igienici dei vari materiali per condotte d'acqua » (prof. O. Casagrandi). Al congresso seguiranno alcune gite, per visite ad opere di bonifica, acquedotti, canali ecc. Rivolgersi all'Associazione Idrotecnica Italiana, via Borgonuovo 14, Milano.

La Società di Scienze mediche di Conegliano e Vittorio Veneto si è adunata il 12 agosto, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Baroni, Opocher, Tramontini, Coletti, Marcer.

In onore del grande chirurgo francese J. L. Faure, a Sainte-Foy-la-Grande, suo paese natale, presente il ministro dell'agricoltura, si è inaugurato un padiglione chirurgico e si è battezzata una strada al suo nome.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Riv. di Chir., apr. — G. von Lobmeyer. Narcosi oleo-eterea. — F. D'Onofrio. Tracheobroncoscopia e sua importanza pratica.

Paris Méd., 4 mag. — Numero sulle malattie del cuore e dei vasi.

Presse Méd., 1 mag. — M. Loeper e al. Edemi e imidazoli. — 4 mag. Du Pasquier. Esplorazione funzionale della respirazione.

Lancet, 4 mag. — D. Hunter. Nuovi aspetti delle deficienze in nutrizione. — M. L. Rosenheim. L'acido mandelico nel trattam. delle infezioni urinarie.

Journal A. M. A., 20 apr. — T. D. Spies. Trattamento della pellagra. — E. L. Keyes. Guarigione spontanea della tbc. renale. — M. P. Borovsky. Difterite del pene.

Riv. San. Sicil., 1 mag. — G. Tripi. Cura bulgara del parkinsonismo post-encefalitico. — G. Pasqualino. Epatiti sperimentali.

Rif. Med., 4 mag. — G. Spina. Deviaz. del complemento nella blenorragia.

Minerva Med., 28 apr. — L. Ferrannini. Linfogranulomatosi maligna. — G. Pellegrini. Cuore e circolaz. nell'anemia cronica.

Riv. It. di Ginec., mar. — G. Paroli. Il trattamento insulinico pre- e post-operatorio nelle diabetiche. — M. Farati. Gonodeviazione in ostetr. e ginec.

Giorn. di Med. Mil., apr. — A. Roncato. Fondamenti chimici dei processi ossidativi negli organismi.

Haematologica, IV. — A. Fieschi e E. Storti. Citometria nelle leucemie.

Sang, 5. — Schwedsky e Braitzef. Patogenesi delle trombosi consecutive a splenectomia. — V. T. Ionesco e O. Bonciu. Anemia pern. gravidica.

Med. Klinik, 3 mag. — H. O. Neumann. Terapia ormonica in ginecologia. — H. Ahringsmann, H. Gerhartz. Eziologia della sclerosi multipla.

Pazz. d. Osp. e d. Cl., 5 mag. — E. Marino. Eresipeloide o mal rossino umano.

Presse Méd., 8 mag. — A. Béclère. Il cancro è una malattia virulenta?

Clin. Med. It., apr. — L. Pinelli. Malaria e glicosuria; malaria e diabete. — F. Marcolongo, O. Maestri. L'acido urico nelle nefropatie.

Minerva Med., 5 mag. — P. Sisto. Esiti della ipertensione essenziale.

Revue Belge Sc. Méd., feb. — Blistein. Influenza dei coagulanti sul dosaggio degli elementi del sangue.

Lancet, 11 mag. — L. Colebrook. Trattam. della febbre puerperale con siero antistreptococcico. — B. Schlesinger. Eziologia del reumatismo artic. acuto.

Deut. Med. Woch., 10 mag. — Ernst. L'edema locale.

Riforma Med., 11 mag. — N. Sanguigno. Il pancreas nelle malattie del fegato.

Chinese Med. Journ., mar. — S. H. Wang. Trattamento del diabete m. — A. M. Dunlep. L'orecchio del nuotatore.

Acta Med. Scand., III-IV. — Bröchner-Mortensen. Funzione epatica nelle febbri acute. — S. Baastrup. Sieroterapia antipoliomielitica. — T. Chrisiansen. Uremia ed emorragia da ulcera peptica. — M. S. Kaplinsky e V. V. Tschernikof. Sonnolenza periodica e accessi di sonno periodici.

Med. Klinik, 10 mag. — G. NOETEL. Lotta contro la difterite. — K. HECKMANN. La bolla d'aria nello stomaco.

Med. Welt, 11 mag. — F. HOLTZMANN. L'industria del cuoio e i suoi pericoli igienici. — E. SCHLIEPHAKE. Diagnosi differ. del tumore splenico.

Rinasc. Med., 15 mag. — I. BALZANO. Rinite caseosa. — E. VITALE. Il latte in polvere nell'alimentazione del lattante.

Revue Neurol., apr. — W. F. SCHALLER e H. W. NEWMANN. Nevrite interstiziale ipertrofica.

Presse Méd., 11 mag. — P. RUDAUX. Il latte condensato zuccherato nell'alimentaz. artificiale.

Croce Rossa, mar. — G. MENDES. L'Istituto climatico della C. R. I. « Cesare Battisti » e l'assistenza ai tubercolotici in Roma.

Minerva Med., 12 mag. — L. FERRANNINI. Anemia splenica infantile e linfosi aleucemica. — M. GAVAZZENI. Comportam. della velocità di circolo durante la compressione dei bulbi oculari.

Presse Méd., 15 mag. R. LERICHE e al. Sclerodermia sperimentale. M. CHIRAY. La radiologia polmonare.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mag. — W. C. MENNINGER. Paralisi g. giovanile. — W. L. BRUETSCH e M. DCARMOND. Sindrome parkinsoniana da trauma.

Amer. Journ. Med. Sc., mag. — F. C. MCLEAN e A. B. HASTINGS. Jonoconcentrazione nel sangue. — H. ROSS MAGEU e H. L. SMITH. Fibrillazione auricolare nell'ipertiroidismo. — A. M. WEDD e R. E. SMITH. Prognosi dell'angina pectoris.

Arch. Internal Med., apr. — F. FETTER e T. G. SCHNABEL. Cardiopatie e miomi uterini. — W. C. MENNINGER. Demenza paralitica giovanile. — D. H. SHELLING e A. F. VOSHELL. Xantomathosis generalisata ossium.

Bull. Ac. de Méd., 7 mag. — ARONSON e DANNENBERG, NÈGRE e VALTIS. B.C.G.

Deut. Med. Woch., 17 mag. — BUTENANDT. Gli ormoni sessuali. — H. HOFF e L. SCHÖNBAUER. L'edema cerebrale post-operat.

Rev. Franç. de Gynéc., mag. — 4° Congresso franc. di ginec.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 2 settembre all'8 settembre: Morbillo 154 (447); Scarlattina 145 (301); Pertosse 72 (194); Varicella 36 (57); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 562 (1075); Infezioni paratifiche 115 (184); Febbre ondulante 22 (23); Dissenteria 18 (42); Difterite e croup 203 (372); Meningite cerebro-spinale epidemica 3 (3); Poliomielite anteriore acuta 23 (26); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 3 (4); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 43 (51), dichiarata — (—); Pustola maligna 44 (54).

ANNALI D'IGIENE.

PUBBLICAZIONE MENSILE.

Sommario del N. 8 (agosto 1935).

Memorie originali: G. VOLPINO, G. MARGANI e B. MANCUSO: Azione dei raggi ultra-violetti sui conigli inoculati con virus rabbico di strada. — F. SANFELICE: L'azione dei fermenti nel decorso della tubercolosi sperimentale. — F. AMANTEA: Osservazioni e ricerche sul fenomeno dell'allergia controlaterale nei tessuti oculari. — G. BRUSCHETTINI: Il valore antigene dei bacilli tubercolari dei mammiferi, coltivati a 45° C. — **Recensioni** (Demografia e Medicina sociale - Lavoro - Tecnica - Miscellanea). — **Rivista bibliografica.** — **Notizie.** — **Allegato.**

Abbonamento pel 1934: Italia L. **60**, Estero L. **100**; ai nostri abbonati L. **55** e L. **95** rispettivamente.

Abbonamento di saggio semestrale: Italia L. **30**, estero L. **50**; ai nostri abbonati L. **28,50** e L. **48,50** rispettivamente.

E' stabilito anche un abbonamento annuo al solo Allegato « Igea », per L. **10.**

Numeri di saggio a richiesta.

Per ottenere quanto sopra rivolgersi direttamente all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

A. POZZI, resp.

C. FRUGONI, Red. capo.

Roma · Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII — Roma, 14 Ottobre 1935 - XIII — Num. 41

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. N. VERNONI.

OSPEDALE DEL LITTORIO - Padiglione A. BASSI.
Primario medico: Prof. L. PATERNI.

Sulla prova biologica di Gordon nella malattia di Hodgkin e in altre affezioni ghiandolari.

Nuovi saggi diagnostici e nuovi sviluppi sperimentali.

Prof. Dott. LUDOVICO PATERNI,
primario medico Ospedali Riuniti di Roma
Dott. PIERO MARONCELLI, aiuto medico.

M. H. Gordon nel 1932-33. dopo una lunga serie di ricerche sperimentali eseguite sull'etiologia del m. di Hodgkin nell'Ospedale di S. Bartolomeo a Londra, pubblicava i risultati che seguono:

a) Sospensioni di tessuto ghiandolare affetto dalle note alterazioni del m. di Hodgkin, eseguite sterilmente in brodo ad un tasso di circa il 10 % e con pH 7,2 se vengono iniettate nel cervello, e insieme nella vena marginale dell'orecchio nel coniglio, determinano, dopo un periodo intervallare da 2 a 6 giorni, sintomi di meningo-encefalite che l'autore paragona a quelli dati dai virus del dermovaccino, dell'erpes e della psittacosi. Questi sintomi tuttavia nel caso di inoculazione di ghiandole linfogranulomatose, si raggruppano in una sindrome caratteristica, rappresentata da rigidità muscolare, atassia, paralisi spastica degli arti posteriori, con eventuale perdita di feci e di urina.

N. B. — L'idea prima, il piano del presente lavoro e la metodica delle esperienze in ogni particolare si devono a Paterni, la esecuzione della maggioranza delle esperienze rimase affidata a Maroncelli, lo studio dei malati, tutti del Padiglione A. Bassi, Ospedale del Littorio, la osservazione degli animali e le conclusioni del lavoro furono opera di entrambi.

Le esperienze furono in parte eseguite presso il Padiglione A. Bassi, in parte presso l'Istituto di Patologia Generale, il cui direttore prof. Vernoni, vivamente ringraziamo per taluni consigli di tecnica, per l'autorevole controllo da noi talvolta richiesto a convalida dei nostri rilievi, oltre che per la cordiale ospitalità.

Gli animali possono morire più o meno rapidamente, possono sopravvivere fino ad un mese e più, e possono anche, in casi di sindrome lieve, superare la malattia.

La permanenza in ghiacciaia della sospensione per una settimana facilita la prova.

All'autopsia degli animali macroscopicamente si rinviene soltanto lieve congestione cerebro-meningea, microscopicamente scarse o assenti lesioni infiltrative, come in conigli morti dopo iniezioni endocerebrali di dermovaccino, o anche notevoli infiltrazioni linfocitarie, specialmente perivasali nelle meningi e nella corteccia cerebrale.

La prova fu positiva in 19 su 20 casi nei quali la diagnosi di m. di Hodgkin risultava per altri dati sicura.

b) Nella cavia con trattamento analogo si possono avere gli stessi effetti benchè meno evidenti che nel coniglio; nessun effetto nel topo.

c) Numerosi controlli eseguiti con ghiandole affette da altre malattie (leucemie, tubercolosi, tumori) diedero risultati costantemente negativi.

d) Proprietà dell'agente patogeno: nessuno sviluppo culturale in mezzi aerobici e anaerobici — resistenza al disseccamento, per la quale la ghiandola può essere tritata e disseccata nel vuoto e mantenere poi in ghiacciaia la sua patogenità ancora per sei mesi — resistenza a 65° C. per trenta minuti, inattivazione a 80° — resistenza all'aggiunta di 0,5 % di fenolo alla sospensione — minor resistenza all'etere — esito negativo di tentativi di filtrazione per candela. Morfologicamente l'A. descrive corpuscoli elementari, granulari, sferici, simili ai corpuscoli di Paschen in preparati colorati di sospensione ghiandolare e in sezioni cerebrali di conigli iniettati.

e) Il siero di conigli guariti dalla sindrome, messo a contatto per due ore a 37° con sospensione di ghiandola patogena, ne inattiva il potere, contrariamente al siero di conigli normali.

M. Gordon sulla base di questi fatti, ritenne che la reazione biologica, benchè non assolutamente costante, fosse specifica per la m. di Hodgkin, che l'agente encefalitogenico, salvo le riserve dettate dalla non dimostrata filtrabilità e dai non ancora dimostrati passaggi in serie negli animali, fosse un virus termostabile, causa primaria della malattia umana.

Seguirono nel 1933 i lavori di van Rooyen dell'Università di Edimburgo e di R. F. Ogivie e van Rooyen i quali confermarono la prova biologica con proporzione di tre risultati nettamente positivi, uno incerto ed uno negativo su cinque sicuri casi di m. di Hodgkin; in altro caso molto discusso in vita, la prova eseguita *post mortem* fu positiva in armonia coi reperti autoptici che chiarirono la natura. Inoculazioni di sospensioni di tessuti ghiandolari sarcomatosi, leucemici, tubercolari, furono negative; inoculazioni di batteri uccisi, tossina streptococcica, latte sterile, acqua peptonata, aleuronato, nucleinato di sodio, chinino, sostanze inerti, ebbero risultati o del tutto negativi o assolutamente diversi dalla sindrome di Gordon.

In ricerche pubblicate nel 1933-34 U. Friedmann ed Elkeles, e Friedman iniettando intracerebralmente conigli con midollo osseo umano di leucemia acuta e di anemia perniciosa, oppure con midollo e milza umani normali, dopo due giorni di apparente benessere degli animali notarono una sindrome molto simile a quella di Gordon; invece con fegato e reni umani normali risultati negativi. Questi materiali umani estratti all'autopsia erano tenuti per un'ora a 65° C. prima di essere inoculati. Tentativi di trasmettere la sindrome da coniglio a coniglio iniettando poltiglie cerebrali di animale malato, furono senza risultato.

L'agente patogeno di tali esperienze, secondo Friedmann, avrebbe proprietà di resistenza molto simili a quelle descritte da Gordon per l'agente encefalitogenico delle ghiandole linfogranulomatose, e potrebbe identificarsi col fermento dimostrato da Jockmann (1901) nel midollo, milza e leucociti dell'uomo, della scimmia e in minor grado del cane. Infatti eseguendo sugli organi sopra menzionati il processo di estrazione del fermento secondo il metodo Jockmann e Lockemann, l'A. ottenne una soluzione salina contenente il fermento e capace di determinare la sindrome di Gordon; inoltre iniettando leucociti di sangue umano provocò in uno su due conigli una sindrome encefalitica mortale.

Friedmann nega che l'agente patogeno da lui dimostrato nel midollo, milza e leucociti normali sia un virus, per la mancanza di passaggi da animale ad animale e per la sua resistenza al trattamento corrispondente al processo di estrazione di Jockmann-Lockemann (ripetuti passaggi in alcool, etere, glicerina, precipitazioni ecc.); e tende ad unificarlo con l'agente determinante la sindrome di Gordon, e col fermento di Jockmann che ritiene di origine essenzialmente leucocitaria.

In un nuovo lavoro del 1934 van Rooyen,

avendo iniettato il midollo osseo di un caso di leucemia acuta mieloide, conferma la possibilità di provocare con questo mezzo una sindrome tipo Gordon; riporta nuovi casi di esatto responso fornito dalla prova biologica, che egli rinvenne positiva nel 75 % di casi di m. di Hodgkin, e rileva l'assenza di rapporti tra particolarità istologiche della ghiandola iniettata e esito della reazione.

Van Rooyen continua lo studio già avviato da Gordon della proprietà dell'agente encefalitogenico delle ghiandole linfogranulomatose, rilevando: la grande importanza del ph nelle sospensioni per la loro patogenicità, con l'*optimum* tra 6,8 e 7,3, inattivazione a 5,6 o 8 senza possibilità di riattivazione aggiungendo alcali o acidi — la resistenza a bassa temperatura — la resistenza ai raggi X (a 10 unità dosi eritema) — la adsorbibilità da parte di particelle di carbone e di sostanza cerebrale di coniglio normale — l'aumento della patogenicità del materiale per opera di processi autolitici — la non patogenicità per piccoli cani e gatti — la dubbia patogenicità per il furetto — la possibilità di produrre nuovamente la sindrome con nuove inoculazioni in conigli già guariti.

Lo stesso Van Rooyen conferma la scarsità dei reperti istologici nel sistema nervoso degli animali, nega la presenza di inclusioni cellulari e riesce a dimostrare la filtrabilità per candela dell'agente patogeno. Conclude rilevando la grande difficoltà di interpretare la natura dell'agente patogeno e riaffermando l'importanza diagnostica della reazione.

In una comunicazione dell'aprile 1934, presso la Royal Society of Medicine, Gordon accenna a risultati negativi nella scimmia e pur insistendo sull'importanza della sua « reazione etiologica » tanto nel campo della clinica che della patologia, si mostra molto più cauto nell'interpretazione della natura dell'agente patogeno e dei suoi rapporti con quello rinvenuto da Friedmann nel midollo osseo umano, che egli stesso avrebbe confermato anche nel midollo costale di un orso e di un leopardo.

In Italia, essendo già in corso le nostre esperienze, Bortolozzi, in una prima comunicazione presso la Società Medico-Chirurgica di Padova (1934) riferisce l'assenza di effetti probativi della prova di Gordon in due casi di m. di Hodgkin; in altre due comunicazioni (1934-35), invece, concernenti un altro caso, conferma la prova di Gordon che avrebbe ottenuta anche con ghiandole fissate in formalina al 10 % per 40 ore, e, associandosi alla opinione di Gordon, ritiene trattarsi di un virus filtrabile, legato all'etiologia del linfogranuloma maligno, malattia sicuramente infettiva e diversa dalla tubercolosi. A quest'ultimo proposito è degno di nota il fatto che in Francia Sabrazès, Chuiton, Mausé e Laport (1934) essendo riusciti a isolare da tessuti linfogranulomatosi senza lesioni tubercolari apparenti (mediante filtrazione per candela, passaggi in cavia e culture in Loewenstein) bacilli alcool-acidoresistenti di tipo vicino a quello dei mammiferi, non hanno ottenuto con essi la reazione biologica di Gordon nel coniglio e nella cavia.

***

Le nostre esperienze si sono svolte secondo i seguenti indirizzi:

I. Saggi di controllo della reazione di Gordon in casi di malattia di Hodgkin e altre malattie ghiandolari.

II. Tentativi di ottenere la stessa reazione biologica con altri mezzi o con altri metodi.

III. Tentativi di trasmissione della sindrome da animale ad animale.

IV. Ricerca di eventuali stati immunitari negli animali aventi superato la malattia.

V. Studio istologico del s. nervoso degli animali affetti dalla sindrome.

***

I. *Inoculazione nel coniglio, cavia e pecora di sospensioni ghiandolari provenienti*:

1) Da un caso che presentò in vita una sindrome clinica completa di m. di Hodgkin ad andamento acuto con febbri elevate, il cui reperto biopsico fu in favore di detta malattia, pur non essendo state rinvenute che scarse cellule giganti e non nettamente riportabili al classico tipo Sternberg, e il cui reperto autoptico confermò la diagnosi.

2) Da un caso che presentò in vita una sindrome clinica di m. di Hodgkin ad andamento acuto con febbri elevate quotidiane (oltre a intenso prurito, tumefazioni ghiandolari in quasi tutte le stazioni linfatiche, accentuato tumore di milza, leucocitosi neutrofila, localizzazioni scheletriche molto estese, vertebrali, iliache, omerali); il cui reperto biopsico mise in evidenza un tessuto di granulazione con fibrosi, eosinofilia, assenza di cellule di Sternberg. Il reperto autoptico oltre a confermare le gravi ed estese localizzazioni ghiandolari e scheletriche, mise in evidenza localizzazioni polmonari, milza di aspetto porfido, fegato fittamente cosparso di noduli migliariformi, e istologicamente nella milza nette zone di tessuto tubercolare con tipiche cellule di Langhans e necrosi, nel fegato noduli granulomatosi di aspetto somigliante a n. tubercolari. Lo studio istologico di questo caso, non è ancora completato.

3) Da un caso di tubercolosi ghiandolare del collo con fluidificazioni e reperto biopsico tipico tubercolare in giovane soggetto con scarsissime manifestazioni febbrili.

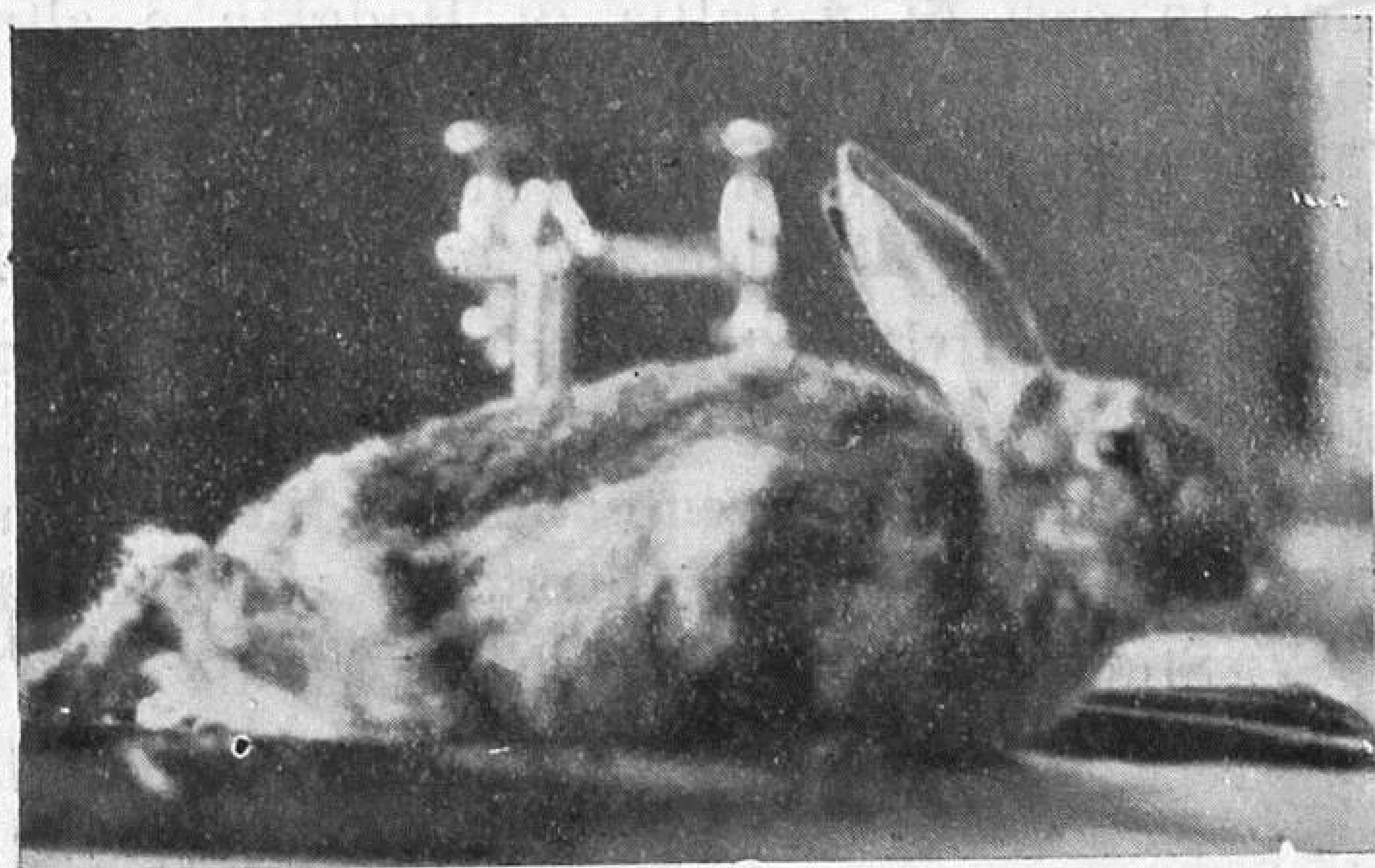
4) Da un caso di tubercolosi ghiandolare senza fluidificazione, con reperto biopsico tipico in un bambino di dieci anni con localizzazioni polmonari bilaterali (espettorato positivo) grave deperimento, scarsissime elevazioni febbrili, evidente stato anergico.

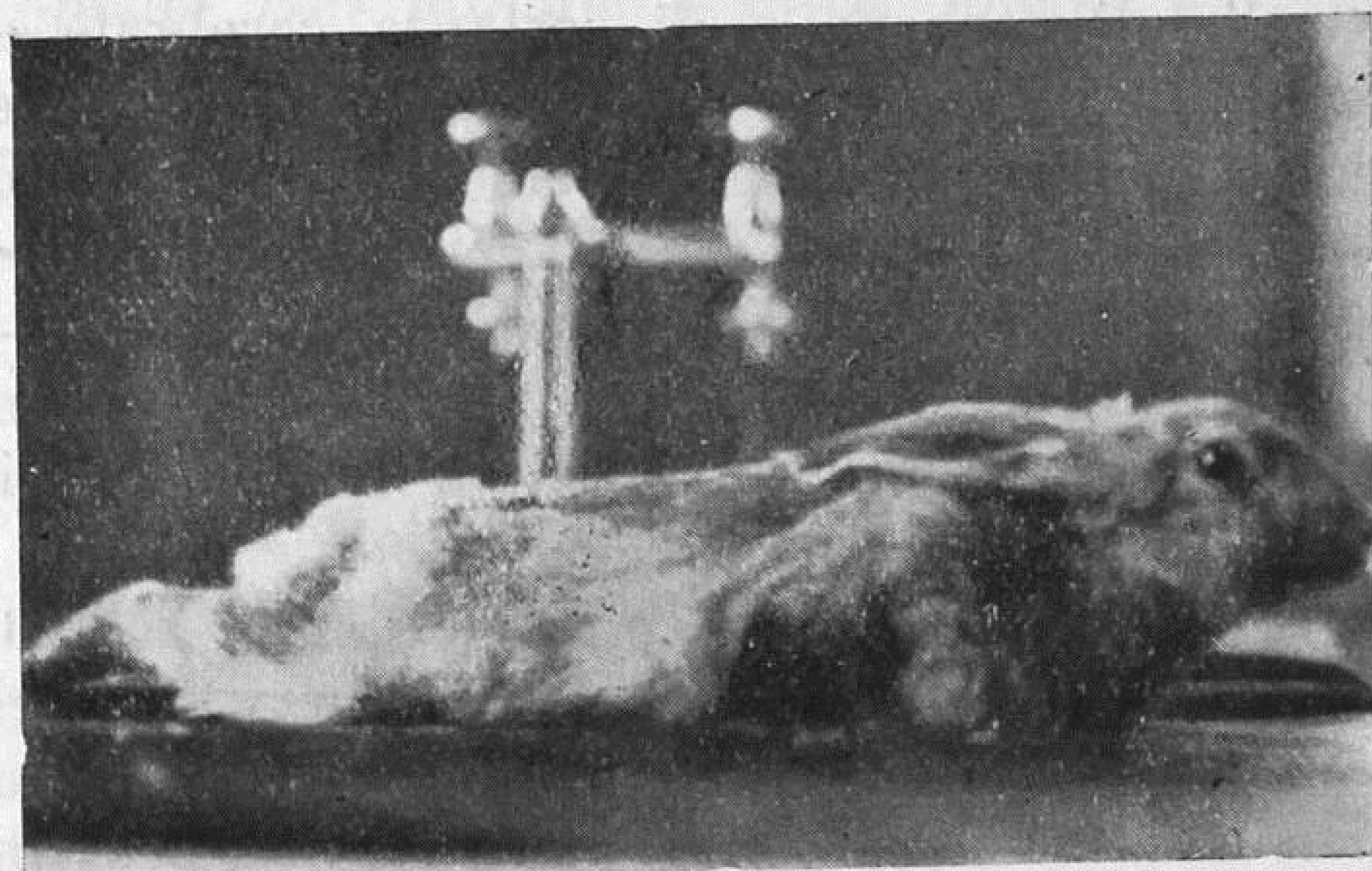
5) Da un caso di tubercolosi ghiandolare del collo in soggetto adulto con elevate manifestazioni febbrili, senza fluidificazione e con reperto biopsico tipico.

6) Da un caso di linfadenosi cronica leucemica, confermato istologicamente.

7) Da un caso di mielosi cronica leucemica, con 200.000 leucociti nel sangue, senza manifestazioni febbrili e con chiaro reperto istologico.

Nel caso 1° furono inoculati due conigli con la sospensione del tessuto ghiandolare subito





dopo la confezione, altri due furono inoculati con la stessa sospensione dopo otto giorni di permanenza di questa in ghiacciaia a - 2° C. I conigli della prima inoculazione presentarono la netta sintomatologia di Gordon dopo circa 12 giorni; di quelli della inoculazione dopo ghiacciaia uno morì poco dopo per causa non precisata, l'altro presentò i primi sintomi dopo cinque giorni. Dei tre animali residui, due morirono a distanza di dieci-sedici giorni dall'inizio della malattia, con paraplegia completa, il terzo che, oltre alla paraplegia presentava tipici movimenti di maneggio e incoordinazione, fu sacrificato.

Circa i reperti autoptici null'altro fu rinvenuto oltre ad una iperemia delle meningi del sistema nervoso centrale; furono prelevati pezzi per studi istologici e per inoculazioni in altri conigli.

Nel caso 2° *a*) Inoculazioni di sospensione, di ghiandola prelevata in vita, eseguite in tre riprese su otto conigli e quattro cavie, nel cervello, nel cervello e vena, nel cervello e peritoneo, e in vena o peritoneo esclusivamente, essendo stata lasciata la sospensione in ghiacciaia 2, 4, 7 giorni. Due conigli morirono poco dopo l'intervento per causa non precisata, uno morì per ascesso sottocutaneo; degli altri quelli inoculati intracerebralmente con o senza inoculazione endovenosa, presentarono la sindrome con inizio da due a quattro giorni dopo l'inoculazione; quelli inoculati soltanto per vena o peritoneo nessuna sintomatologia dopo due mesi di osservazione. Negli animali morti o sacrificati reperti autoptici e prelevamenti come nel caso precedente.

Uno di questi animali avendo presentato una sintomatologia più lieve, migliorò fino a raggiungere la quasi completa guarigione.

Delle cavie tre morirono rapidamente, una per emorragia cerebrale secondaria all'intervento, due per cause non precisate. La superstite che era stata inoculata nel cervello e peritoneo, presentò dopo sei giorni una evidente paralisi degli arti posteriori, benchè con sintomi meno netti rispetto ai conigli, e morì dopo dieci giorni dall'inoculazione. Nulla di notevole fu rilevato macroscopicamente all'autopsia, furono eseguiti prelevamenti per ricerche istologiche e ulteriori inoculazioni.

b) Inoculazione di sospensione di ghiandole estratte dal paziente subito dopo morte senza contatti con liquidi fissatori. Furono eseguite in quattro conigli: in due in vena e cervello, in due solo in cervello rispettivamente dopo due e dopo 8 giorni di permanenza della sospensione in ghiacciaia. I primi due animali dopo tre giorni ebbero l'inizio della sindrome che raggiunse la sua massima espressione; degli altri due uno morì per causa imprecisabile, l'altro presentò la sindrome dopo sei giorni. Anche qui reperti autoptici e prelevamenti come sopra.

Mentre nei conigli precedenti, la inoculazione intracerebrale era stata da 0,4 a 0,6 cc. di sospensione al 20 %, altri due conigli del peso ciascuno di Kg. 1500, furono inoculati con la stessa sospensione, ma nella quantità rispettiva di 0,1 e 0,2 cc. Reazione positiva in ambedue gli animali dopo oltre 15 giorni di completo benessere e perfino di aumento di peso corporeo; la sindrome raggiunse la sua massima espressione.

Inoculazione intracerebrale di cmc. 1,50 ed endovenosa di cmc. 2 della stessa sospensione in una giovane pecora risultato negativo ancora dopo tre mesi di osservazione.

Nel caso 3°: Inoculazione di 3 conigli in cervello e vena, o soltanto il cervello di sospensione ghiandolare (prelevamento per biopsia) dopo quattro giorni di conservazione in ghiacciaia. Risultato negativo dopo due mesi.

Nel caso 4°: Inoculazione di due conigli rispettivamente in cervello, e in cervello e vena di sospensione ghiandolare (prelevamento per biopsia) dopo 4 giorni di conservazione in ghiacciaia. Dopo 16-18 giorni gli animali presentarono segni di paresi de-

---

N. B. Nelle figure intercalate sono riprodotti due conigli con sindrome di Gordon.

gli arti inferiori e raggiunsero una sindrome del tutto simile a quella di Gordon. Morirono dopo 7 o 8 giorni dall'inizio dai fatti morbosi.

Nel caso 5°: Inoculazione identicamente al caso 4°. Un coniglio morto i primi giorni per causa non precisata, l'altro tuttora vivente e sano dopo due mesi di osservazione.

Nel caso 6°: Inoculazione di due conigli in cervello, e in cervello e vena, di sospensione ghiandolare (prelevamento per biopsia) dopo 5 giorni di conservazione in ghiacciaia. Risultato negativo dopo due mesi.

Nel caso 7°: Inoculazione in cervello di due conigli bianchi del peso di circa 1400 grammi con sospensione ghiandolare (prelevamento per biopsia). Uno dei conigli ammalò il secondo giorno con sindrome meningo encefalitica caratterizzata da febbre, deperimento, rigidità, tremori, paresi di tutti e quattro gli arti; morì dopo 4 giorni con paralisi di tutti gli arti, perdita di urine e feci. L'altro coniglio dopo 5 o 6 giorni ammalò con sintomi di debolezza degli arti inferiori, che andò aumentando progressivamente associata a tremori di gran parte dei muscoli del corpo e contratture accessionali. Morì dopo 6 giorni con paraplegia tipo Gordon e perdita di urine e feci.

II. — 1) *Inoculazioni nella camera anteriore dell'occhio di coniglio.*

Reperto negativo in quattro animali con sospensioni ghiandolari dei pazienti n. 1 e n. 2, che avevano dato la sindrome per via endocerebrale.

2) *Inoculazioni intracerebrali e intravenose nei conigli di materiali non ghiandolari tratti dal paziente n. 2 in vita e subito dopo morte.*

a) *Sangue* prelevato in periodi di piressia, inoculato in quattro conigli intracerebralmente ed endovenosamente (0,8 cc. e 4 cc.) subito dopo prelevamento o dopo 7 giorni di ghiacciaia a - 2°, essendo stato aggiunto citrato sodico in proporzione del 0,25 %, risultato negativo dopo due mesi di osservazione.

b) *Liquido cefalorachidiano* inoculato intracerebralmente (0,8 cc.) e endovenosamente (cc. 5) in due conigli. Risultato negativo dopo 50 giorni di osservazione.

c) *Nervi periferici*, tronchi principali e branche terminali del crurale, femoro cutaneo e cutaneo peroniero. Estratti in brodo inoculati in due conigli, dopo sei giorni di permanenza in ghiacciaia, in cervello e in vena; un animale morì dopo pochi giorni per causa non precisata, l'altro a oltre 50 giorni dalla inoculazione incominciò a presentare i primi sintomi della malattia che giunse alla paraplegia completa.

Si riserviamo, appena avremo la possibilità, di controllare questo importante risultato.

d) *Cute*: Inoculazione endovenosa ed endocerebrale di estratto in brodo in due conigli dopo sei giorni di ghiacciaia. Rapido dimagramento e morte dopo tre giorni di un coniglio senza la sindrome caratteristica, dimagramento lento nell'altro con morte dopo venticinque giorni senza sintomi nervosi; reperto autoptico negativo macroscopicamente. Impossibilità di altre inoculazioni a causa della gelificazione dell'estratto.

e) *Fegato*: Inoculazione endovenosa ed endocerebrale di sospensione in brodo in due conigli. Perfetto stato di salute per quindici giorni, dopo 17 e 20 giorni inizio rispettivo della sintomatologia di Gordon, che raggiunse in ambedue la sua completa espressione. Morte degli animali dopo sette giorni di malattia, reperto autoptico e prelevamento come nei casi precedenti.

Inoculazione soltanto intracerebrale in un coniglio della sospensione dopo 18 giorni di permanenza in ghiacciaia, reazione positiva dopo 12 giorni con sindrome completa.

f) *Milza*: Inoculazione di sospensione endovenosa ed endocerebrale in due conigli: uno morto poco dopo per cause non precisate, l'altro, ottimo stato di salute per 17 giorni, quindi inizio della paraparesi che raggiunse la sua massima estrinsecazione fino a perdita di feci e urina. Morte dopo sette giorni di malattia. Sospensione eseguita scegliendo le parti di milza macroscopicamente più lese, essendo stato il tessuto a - 2°, per 8 giorni, inoculazione di 4 conigli solo intracerebrale; uno morto per causa non precisata, tre presentarono la sindrome completa con inizio da 8 a 10 giorni dopo l'inoculazione. Reperti autoptici positivi solo per lieve iperemia del sistema nervoso, prelevamenti come sopra.

3) *Inoculazione di sospensione di leucociti tratti da sangue di leucemia mieloide cronica.* La sospensione fu preparata nel seguente modo: defibrinazione del sangue, filtrazione per garza, centrifugazione, aspirazione dello strato leucocitario, sospensione di detto materiale nella proporzione di 1 a 5 in brodo sterile pH 7,1. Sospensione di leucociti provenienti dal caso n. 7 inoculata intracerebralmente in due conigli diede dopo circa 10 giorni sintomi meningo-encefalitici in uno dei conigli, con lieve paraparesi, che si andò dileguando nello spazio di 15 giorni; l'altro coniglio non risentì conseguenze.

Profittando di un altro caso (n. 8) di mielosi cronica leucemica con 170.000 leucociti nel sangue, e nel quale, per mancanza di tumefazioni ghiandolari, non si potè eseguire la inoculazione di sospensione ghiandolare, furono inoculati intracerebralmente due conigli con sospensione di leucociti eseguita secondo la tecnica sopra descritta. Uno di questi animali, coniglio di gr. 1400, già dopo due giorni cominciò a presentare sintomi meningo-encefalitici con tremori, contratture accessionali a carico degli arti e dei muscoli del collo, paresi degli arti inferiori fino a paraplegia completa con perdita di feci e urina. Morì dopo 6 giorni dall'inizio del male. L'altro animale, coniglio grigio del peso di 1450 grammi, cominciò a presentare i primi sintomi morbosi dopo più lungo periodo di tempo, e cioè dopo 9 giorni; il decorso della malattia fu meno rapido, raggiunse tuttavia la paraplegia completa e morì dopo circa 15 giorni dall'inizio dei fatti morbosi.

III. — 1) *Inoculazioni di sospensione di sostanza cerebrale bulbare e midollare prelevate da animali morti o sacrificati in piena sintomatologia, in cervello e vena, in cervello, in peritoneo,* in numerosi conigli e cavie non diedero alcun risultato per la sindrome di Gordon.

2) *Inoculazione della sospensione, di cui sopra, in camera anteriore nell'occhio di coniglio*: risultato negativo:

3) *Passaggio della sospensione di cui sopra in testicolo di coniglio*: modica passeggera tumefazione dell'organo, inoculazione di sospensione

testicolare dopo quattro e sei giorni in cervello ed in vena di altri animali, risultato negativo.

4) *Inoculazione in cervello, vena, peritoneo, di sangue, di sospensione (anche previa sosta in ghiacciaia), di milza, fegato, reni, surreni di animali affetti dalla sindrome*: su 15 conigli inoculati reperto negativo dopo 50-60 giorni di osservazione.

IV. — *Inoculazione intracerebrale e intravenosa di sospensione ghiandolare patogena mista a siero di coniglio quasi guarito dalla sindrome di Gordon.* Miscela di due parti volume di sospensione con una di siero tenuta per 2 ore a 37° prima dell'inoculazione; il coniglio, dopo oltre venti giorni di completo benessere cominciò a presentare i primi sintomi e morì con la sindrome completa. Questo ritardo della sindrome potrebbe essere imputato a diminuita attività della sospensione che essendo stata eseguita circa venti giorni prima e tenuta in ghiacciaia, inoculata quindi in animali di controllo mostrò effetti meno pronti e costanti.

V. — *I reperti istologici del cervello e midollo spinale degli animali affetti da sindrome di Gordon*, sono quantitativamente molto vari, talora molto scarsi tanto nel cervello che nel midollo, in evidente sproporzione con l'intensità dei sintomi presentati in vita dall'animale; qualitativamente corrispondono ad un processo non soltanto di meningo-encefalite, come i precedenti autori hanno scritto, bensì di meningo-encefalomielite, con infiltrati parvicellulari più o meno cospicui, interessanti le meningi e propagantisi negli strati superficiali del cervello e nel midollo spinale, dove tali infiltrati si raggruppano specialmente intorno ai vasi a guisa di manicotto. Si notano inoltre talvolta piccole zone di necrosi a carico della sostanza grigia cerebrale e midollare, e alterazioni regressive a carico delle cellule nervose che specialmente in corrispondenza delle corna anteriori del midollo dorso-lombare, consistono in alterazioni più o meno marcate della tigroide, atrofia, ecc.

La sindrome da noi osservata negli animali che corrisponde a quella tracciata a grandi linee da Gordon può essere più particolarmente descritta come segue.

L'inizio dei fenomeni morbosi può essere segnato da sintomi irritativi cerebro-mielo-meningei rappresentati da rigidità degli arti posteriori ed eventualmente anche degli arti anteriori e della nuca. Tale rigidità può essere accessionale.

La rigidità degli arti posteriori determina un evidente impaccio nei movimenti deambulatori, essi arti posteriori sembrano distaccarsi con difficoltà dal suolo, si inarcano a concavità verso l'interno nello sforzo eseguito dall'animale, e si portano poi in avanti come di scatto.

La rigidità degli arti anteriori e della nuca, se si manifesta, rapidamente scompare, mentre va sempre più delineandosi e accentuandosi la paralisi degli arti posteriori.

Ma spesso i sintomi spastici iniziali mancano, e allora la prima manifestazione della malattia, oltre al costante dimagramento dell'animale, è una lieve ma evidente oscillazione deambulatoria da un lato e dall'altro delle articolazioni coxo-femorali per paresi dei muscoli delle coscie e del bacino, accompagnata, anche per la paresi dei muscoli del resto dell'arto, da strisciamento dei metatarsi sul suolo, che viene come spazzolato dal pelo dell'animale (steppaggio).

Questi disordini nello spazio di 4-6 giorni si vanno accentuando: l'animale deambula stentatamente, avanza con gli arti anteriori e trascina gli arti posteriori estesi o semiflessi, mentre le anche oscillano ora da una parte ora dall'altra determinando spesso la perdita dell'equilibrio e la caduta su di un lato del corpo.

Progredendo ancora la malattia il coniglio finisce per non muoversi più e giace su di un lato del tronco poggiandosi sul suolo con gli arti anteriori, mentre gli arti posteriori rimangono immobili e rigidi in estensione e adduzione, e le loro masse muscolari vanno rapidamente verso una marcata atrofia.

In questo stadio terminale, nel quale l'animale può anche sopravvivere per molti giorni, si ha nei casi più gravi perdita di feci ed urine.

Oltre a questa sintomatologia principale abbiamo talvolta visto comparire nei primi stadi o anche negli stadi intermedi: movimenti di maneggio, nistagmo, atteggiamenti di inclinazione della testa, tremori, atassia con tendenza a deviazione del cammino.

Nella cavia, come afferma Gordon, la sintomatologia è meno netta e ricca: oscillazioni deambulatorie del bacino e strisciamento sul suolo degli arti posteriori in genere più accentuato da un lato o dall'altro. Possono aversi anche qui sintomi irritativi spastici iniziali.

CONCLUSIONI.

1) È stata constatata nettamente positiva la prova biologica di Gordon nella malattia di Hodgkin con manifestazioni ghiandolari generalizzate e decorso acuto febbrile e ciò con inoculazioni di sospensioni ghiandolari nel coniglio e cavia tanto cerebrali e intravenose insieme, quanto con sole inoculazioni intracerebrali.

2) La conservazione in ghiacciaia della sospensione di ghiandole o di altri organi, o di frammenti di questi stessi organi (prima di eseguire la sospensione), facilita generalmente la prova, sopratutto abbreviando il periodo intervallare tra inoculazione e inizio della sindrome.

3) Anche in altre malattie interessanti i tessuti ematopoietici e quindi le ghiandole linfatiche, si è potuto constatare mediante la inoculazione nel coniglio (intracerebrale o intracerebrale e intravenosa) la insorgenza di sintomi enecefalitici o meningo encefalitici che possono presentare un decorso rapido, quasi tumultuario e terminare con paralisi dei quattro arti e di gran parte dei muscoli del corpo, un decorso meno rapido con istallazione finale della paraplegia del tipo descritto da Gordon, o un decorso mite con sintomatologia di paraparesi lieve e passeggera.

Tali risultati sono stati ottenuti da noi per primi: *a*) inoculando sospensione ghiandolare

di tubercolosi ghiandolare con necrosi ma senza fluidificazione; *b*) inoculando sospensione ghiandolare di mielosi cronica leucemica; *c*) inoculando sospensioni di leucociti tratti dal sangue del soggetto leucemico mieloide al quale ora si è accennato, e di altro soggetto malato della stessa malattia.

Non è stato ottenuto alcun risultato positivo con inoculazione di materiale ghiandolare proveniente da altri due casi di tubercolosi ghiandolare con necrosi, senza fluidificazione, e da un caso di leucemia linfatica.

4) Abbiamo dimostrato che la sindrome di Gordon può ottenersi non solo con ghiandole, ma anche con milza, con fegato e con nervi (per questi ultimi ci riserviamo ulteriori controlli), dei pazienti anche con sola inoculazione intracerebrale nel coniglio. In questi casi specialmente se gli organi non hanno subìto soste in ghiacciaia, i periodi intervallari tra inoculazione e inizio della sindrome possono essere molto lunghi con completo benessere dell'animale.

Particolarmente importanti sono i nostri risultati positivi con fegato, poichè se Friedmann ottenne una sindrome simile a quella di Gordon inoculando anche midollo e milza di uomo normale, egli ebbe reperti costantemente negativi con fegato umano normale.

5) Non abbiamo riscontrato alcun evidente rapporto tra tipicità di aspetti istologici di m. di Hodgkin in ghiandole o in altri organi e positività di reazione.

6) La prova è stata negativa iniettando sangue, liquido cefalo rachidiano, cute, del soggetto, che presentò invece positiva la reazione con ghiandole, milza e fegato.

7) Con materiale ghiandolare è possibile ottenere anche nella cavia la sindrome di Gordon con la sola inoculazione intracerebrale, i risultati sono tuttavia meno netti e la mortalità degli animali prima dell'inizio della sindrome è elevata in gran parte con sintomi gravi di meningoencefalite.

8) Nel coniglio abbiamo ottenuto prova positiva con sindrome completa anche con inoculazione intracerebrale di cc. 0,1 di sospensione al 20 %.

9) In una giovane pecora inoculazione intracerebrale e intravenosa di sospensione ghiandolare patogena pel coniglio nessun risultato dopo tre mesi.

10) Nessun tentativo di passaggio da animale ad animale ci ha dato risultato positivo, sia inoculando sospensioni di sostanza cerebrale e di midollo spinale (porzione dorso lombare) di coniglio e cavia malata, in cervello, in vena, peritoneo, camera anteriore di coniglio, sia inoculando in cervello, vena, peritoneo di conigli dosi cospicue di sospensioni di altri tessuti (sangue, milza, fegato, reni, surreni) di animali malati. Anche il passaggio di sospensione di sistema nervoso in testicolo di coniglio fu privo di risultati.

11) Non abbiamo avuto finora nel sangue di animale, che superò la sindrome, dimostrazione di potere neutralizzante verso l'agente patogeno della sindrome stessa, contenuto in sospensione ghiandolare.

12) Istologicamente il processo morboso negli animali consiste in una meningo-encefalomielite con infiltrati specialmente perivasali, zone di necrosi e alterazioni regressive a carico delle cellule nervose del cervello e midollo. Tutte queste alterazioni si presentano in grado molto variabile e spesso non proporzionate alla sindrome presentata in vita dall'animale.

COMMENTO.

Le sindromi provocabili negli animali, specialmente conigli, con sospensioni ghiandolari di malattia di Hodgkin, di tubercolosi ghiandolare, di leucemia mieloide cronica, con sospensione di leucociti provenienti da sangue di leucemia mieloide cronica, sono anatomicamente riportabili ad alterazioni meningoencefalomielitiche di intensità molto varia e spesso non proporzionati ai sintomi presentati in vita dall'animale.

Circa l'agente o gli agenti etiologici, si può dire che la mancata trasmissibilità d'animale ad animale tentata da noi con ogni mezzo, è dato di grande importanza per far ritenere che non si tratti di infezione.

È sommamente difficile muovere supposizioni attendibili circa la natura precisa di tale o di tali agenti, inquantochè anche volgendo la mente ad altre ipotesi (es.: quella di fermenti: Friedman) taluni fatti, come la possibilità di ottenere la sindrome col pieno sviluppo anche mediante quantità minime di sospensioni attive e dopo lunghi periodi intervallari di pieno benessere tra inoculazione e fatti morbosi, riescono di difficile spiegazione.

Comunque si voglia considerare la questione, è certo che sindromi del tutto simili a quella di Gordon sono ottenibili anche con midollo osseo e milza di taluni animali normali e con midollo di leucemia acuta (Friedman ed Elkeles, van Rooyen) con ghiandole

tubercolari, leucemiche mieloidi croniche e con leucociti di leucemici cronici mieloidi (Paterni e Maroncelli); pertanto la prova biologica di Gordon perde il suo valore specifico e quindi la sua importanza pratica. Rimane aperta per merito degli studi di Gordon una importante serie di problemi biologici e patologici che scaturiscono dalla constatazione di simili agenti encefalitogenici negli organi di animali normali, in organi e tessuti provenienti da malattie varie dell'apparato ematopoietico.

RIASSUNTO.

Gli AA. confermano la possibilità di ottenere la sindrome di Gordon con sospensioni ghiandolari provenienti dalla M. di Hodgkin anche iniettate in quantità minime, e ottengono la stessa sindrome anche con sospensioni di milza, fegato ed estratti di nervi periferici (per questi ultimi gli autori si ripromettono ulteriori controlli) di soggetto morto con diagnosi di m. di Hodgkin ma che istologicamente presentava anche nette ed estese alterazioni tubercolari. Ottengono nei conigli manifestazioni di meningo-encefalo-mielite con sindromi del tipo Gordon, mediante inoculazione intracerebrale, con o senza concomitante inoculazione intravenosa, di sospensione di ghiandola tubercolare (senza fluidificazione), di ghiandola di leucemia mieloide cronica, di leucociti provenienti dal sangue di due casi di leucemia mieloide cronica.

Risultati negativi ottengono: con inoculazioni, negli stessi animali e per le stesse vie, di liquido cefalo rachidiano, sangue, estratti di cute provenienti dal caso su accennato che oltre ai segni della M. di Hodgkin presentò all'indagine anatomica spiccate lesioni tubercolari con inoculazione intracerebrale di ghiandola leucemica linfatica cronica; con iniezioni in cervello e vena di giovane pecora di forti quantità di sospensione ghiandolare attiva pel coniglio; e con tentativi di trasmissione della malattia da animale ad animale (inoculazioni di sospensioni di cervello, midollo spinale, organi interni, inoculazioni di sangue, passaggi per testicolo di coniglio di sospensione di sistema nervoso).

Nessun potere neutralizzante evidente riscontrano nel siero di un coniglio quasi guarito dalla malattia rispetto a sospensione ghiandolare attiva.

Istologicamente negli animali colpiti dalla malattia sperimentale, segni di meningo encefalo mielite con infiltrati linfocitari specialmente perivasali, focolai di necrosi, alterazioni regressive a carico delle cellule nervose cerebrali e del midollo spinale.

L'insieme dei risultati riconferma importanti dati contro la natura infettiva di questo ordine di fenomeni, toglie valore specifico alla prova di Gordon per la diagnosi di m. di Hodgkin.

BIBLIOGRAFIA.

GORDON M. H. *Rose Research on Lymphadenoma*, 1932. Bristol, John Wright and Sons; Brit. Med. Journ., 1933, I, 641.

VAN ROOYEN C. E. Brit. Med. Journ., 1933, 1-50; ibidem, 1933, I, 644; ibidem, 1933, II, 562.

OGILVIE R. F. A van Rooyen, Lancet, 1933, II, 641.

FRIEDMANN and ELKELES. Brit. Med. Journ., 1933, II, 1110.

FRIEDMANN U. Brit. Med. Journ., 1934, I, 517.

BORTOLOZZI. Minerva Medica, 1934-35.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA
Direttore: prof. P. FIORI

Su alcuni casi di corpi estranei metallici (aghi, spilli, chiodi) nel tubo digerente.

dott. ANDREA FERRETTI, assistente volontario.

La letteratura dei corpi estranei nel tubo digerente è ricca dei casi più svariati per numero e qualità dei corpi ingeriti.

Il più spesso l'ingestione avviene insieme con gli alimenti o per caduta involontaria del corpo estraneo in faringe e consecutivo passaggio attraverso l'esofago in seguito a movimenti riflessi di deglutizione.

La sorte di tali corpi è in stretto rapporto con la possibilità o meno di percorrere l'esofago e giungere nello stomaco, per la molto maggiore probabilità che vengano emessi con le feci una volta superato il cardias.

Questo perchè l'esofago offre il maggior numero di cause d'arresto per i suoi restringimenti fisiologici (cricoideo, bronco-aortico, diaframmatico) ed anche perchè la tolleranza nell'esofago è molto minore che nelle altre porzioni del tubo gastrico intestinale ove, d'altra parte, l'intervento chirurgico presenta minori pericoli.

Sebbene siano stati osservati alcuni casi di arresto prolungato nell'esofago senza gravi disturbi, anche per mesi, (Morone, Masotti, Predieri, Abbè) è ormai indiscusso, per l'accordo di tutti gli osservatori, che appena constatata la presenza e persistenza del corpo estraneo

in qualunque segmento dell'esofago stesso il tentativo di estrazione è appieno giustificato.

Questo perchè, se il corpo è settico e di natura organica, conseguenza temibile e frequente dell'arresto è la formazione di ascessi e flemmoni esofagei a tipo gangrenoso, con facile diffusione al mediastino e consecutive lesioni irreparabili.

Se invece il corpo è di superficie liscia e non organico conseguenze così gravi si verificano meno frequentemente sebbene si abbiano sempre, dopo qualche tempo, manifestazioni infiammatorie ed alterazioni a tipo necrotizzante delle pareti, esofagite, periesofagite, distruzione, con conseguenze talora molto gravi per gli organi e sistemi circostanti (specialmente per il mediastino).

Ad ogni modo l'arresto prolungato del corpo estraneo, anche nelle condizioni meno sfavorevoli, si è dimostrato causa di processi ulcerativi della parete esofagea con conseguente retrazione cicatriziale e formazione di restringimenti di varia gravità.

Inoltre è risaputo che l'estrazione per via orale riesce con discreta facilità, sotto il controllo dell'esofagoscopio o dei raggi X, allorchè l'ingestione è avvenuta da poco tempo, quando cioè le pareti non sono infiammate o disintegrate; riesce difficile invece e pericolosa quando il processo infiammatorio è avanzato per la facile diffusione in profondità, tanto per le manovre praticate attraverso la bocca (Castagna, Pazzi, Lasagna) quanto per l'aggressione chirurgica dall'esterno (Forgue, Henle, Enderlen).

Le preoccupazioni del medico diminuiscono notevolmente qualora il corpo estraneo abbia raggiunto lo stomaco perchè in tal caso l'indicazione prevalente è di attendere, anche a lungo, in quanto la tolleranza del viscere è molto grande (Donati, Bianchi, Troiano) come grande è la tolleranza dell'intestino, attraverso il quale si effettua con molta facilità l'eliminazione spontanea (Gavazzeni).

Questo infatti avviene sempre se il corpo è unico, più o meno rotondeggiante, di superficie liscia, di volume ridotto; se invece i corpi estranei sono numerosi, irregolari, di volume o peso molto rilevante possono essere trattenuti nello stomaco per ostacolo meccanico al passaggio nel duodeno o per deformazione e distensione dell'organo stesso così da rendere difficile l'imbocco nel piloro. (Troiano, Utili, Winslow, Grünstein).

Tuttavia in questi casi si può verificare una successiva eliminazione col vomito o colle feci anche a distanza notevole di tempo per la sopravvenuta possibilità di varcare il piloro.

Naturalmente l'attesa è inutile e l'intervento s'impone qualora la forma appuntita e la lunghezza eccessiva del corpo facciano presumere l'impossibilità del passaggio attraverso piloro e duodeno; nel quale ultimo, per la sua fissità, per le sue angolature, per la lunghezza di pochi centimetri delle varie sue parti, può avvenire l'incuneamento del corpo con successiva ulcerazione e perforazione della parete, ciò che viene favorito dal decubito, dalla peristalsi, dall'elasticità delle pareti tese sulle estremità del corpo estraneo stesso (Arrigoni, Houston, Fieschi, Righetti, Bellucci, Bianchi, Forni, Pignatti Mairano).

Oltre che nel duodeno, sebbene più raramente, i corpi estranei possono infiggersi nella valvola ileo-cecale o nell'appendice, determinando o simulando una sintomatologia peritoneale.

Naturalmente l'arresto avviene più facilmente nelle sedi citate, specialmente se il corpo è appuntito o scabro, ma può avvenire anche in ogni altra parte del tubo intestinale.

Ad ogni modo si può affermare in linea di massima che il tubo digerente a valle del duodeno tollera con molta facilità la permanenza di corpi estranei per qualunque ragione trattenuti, anche se infissi nella mucosa, e riesce generalmente a liberarsene.

Si può affermare inoltre che di fronte alla grande maggioranza dei casi in cui l'eliminazione è spontanea rarissimi sono i casi di arresto prolungato e di complicanze che richiedono l'intervento del chirurgo (Gavazzeni).

A conferma di ciò, espongo sette casi presentatisi alla mia osservazione in questi ultimi tempi: tre per ingestione di aghi da cucire, due per ingestione di spilli di sicurezza, due per ingestione di chiodi.

In sei l'eliminazione avvenne spontaneamente per via naturale mentre in uno fu necessario l'intervento chirurgico.

Caso I. — B. G., di anni 16, da Formigine, calzolaio. Entra in Clinica Chirurgica il 21-II-1930. Nel pomeriggio del 20-II-1930 mentre parlava inghiottiva inavvertitamente un chiodo da scarpe della lunghezza di circa tre centimetri che teneva tra le labbra. Ebbe la sensazione del passaggio rapido attraverso l'esofago e poi più nulla. Si fa ricoverare per il timore di complicanze.

Esame obbiettivo generale e locale: nulla di abnorme a carico dei vari organi.

21-II-1930. I Esame radiografico: presenza di un chiodo nel ceco.

22-II-1930. II Esame radiografico: identico reperto.

23-II-1930. In seguito a somministrazione di purgante oleoso il chiodo viene emesso con le feci.

Caso II. — F. L., di anni 9, da Modena. Entra in Clinica chirurgica il 26-IV-1934.

Nel mattino del 26-IV-1934 ha ingerito un ago da cucire che teneva tra le labbra. Pur non avendo accusato alcun disturbo viene ricoverata per un esame di accertamento e per la necessaria sorveglianza.

Esame obbiettivo generale e locale: Nulla di abnorme a carico dei vari organi.

27-IV-1934. Esame radiografico: presenza di un ago da cucire nel colon trasverso, presso l'angolo splenico.

28-IV-1934. L'ago viene eliminato colle feci.

29-IV-1934. La paziente viene dimessa senza che abbia mai accusato alcun disturbo.

CASO III. — F. C., di anni 20, da Soliera, sarta. Entra in Clinica chirurgica il 21-V-1934.

Nel mattino del 20-V-1934 attendeva alla prova di un abito tenendo tra le labbra un ago da cucire. In seguito ad un colpo di tosse, durante l'inspirazione, l'ago cadde in faringe.

La paziente cercò di trattenere il più a lungo possibile il respiro ed ogni altro movimento, finchè, per un atto involontario di deglutizione l'ago penetrava nell'esofago senza più dare segni di sè. Nel pomeriggio del 21-V-1934 per la comparsa di modico dolore nel quadrante superiore di sinistra

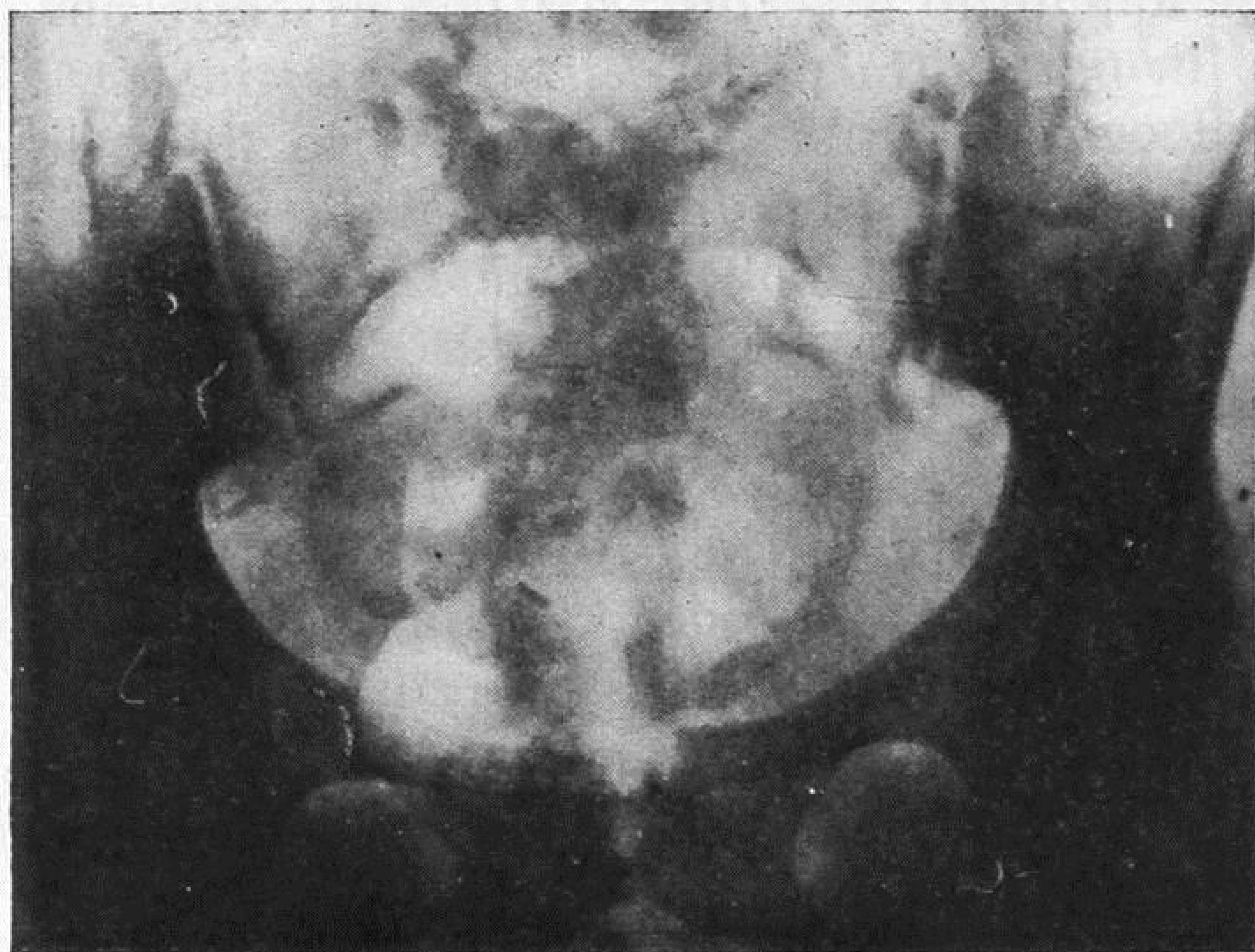


FIG. 1.

dell'addome la paziente si fa ricoverare in Clinica chirurgica.

Esame obbiettivo generale: nulla di abnorme a carico dei vari organi.

Esame obbiettivo locale: modico dolore alla palpazione dell'ipocondrio sinistro. Non si avverte difesa muscolare.

22-V-1934. Ore 10 (circa 48 ore dopo l'ingestione dell'ago e circa 24 ore dopo la defecazione avvenuta a domicilio). 1° esame radiografico: presenza di una cruna d'ago nella seconda porzione del trasverso (vedi fig. 1).

22-V-1934. Ore 17. II esame radiografico: la cruna si trova nella flessura sinistra.

23-V-1934. Il dolore accusato dalla paziente è ormai scomparso.

26-V-1934. III esame radiografico: il corpo estraneo di densità metallica non è più visibile.

28-V-1934. La paziente viene dimessa in completo benessere.

CASO IV. — B. R., di anni 3, da Modena. Entra in Clinica chirurgica il 23-IX-1934.

Nel mattino del 23-IX-1934 ha inghiottito uno spillo di sicurezza. Dopo qualche colpo di tosse con successivo arresto del respiro così da intimorire i parenti per il sospetto di soffocazione il bimbo ha ripreso il suo aspetto normale senza più accusare disturbi di alcun genere.

Esame obbiettivo generale e locale: nulla di abnorme a carico dei vari organi.

24-IX-1934. Ore 12. I esame radiografico: spillo di sicurezza, aperto, con tutta probabilità nell'ascendente (vedi figura 2).

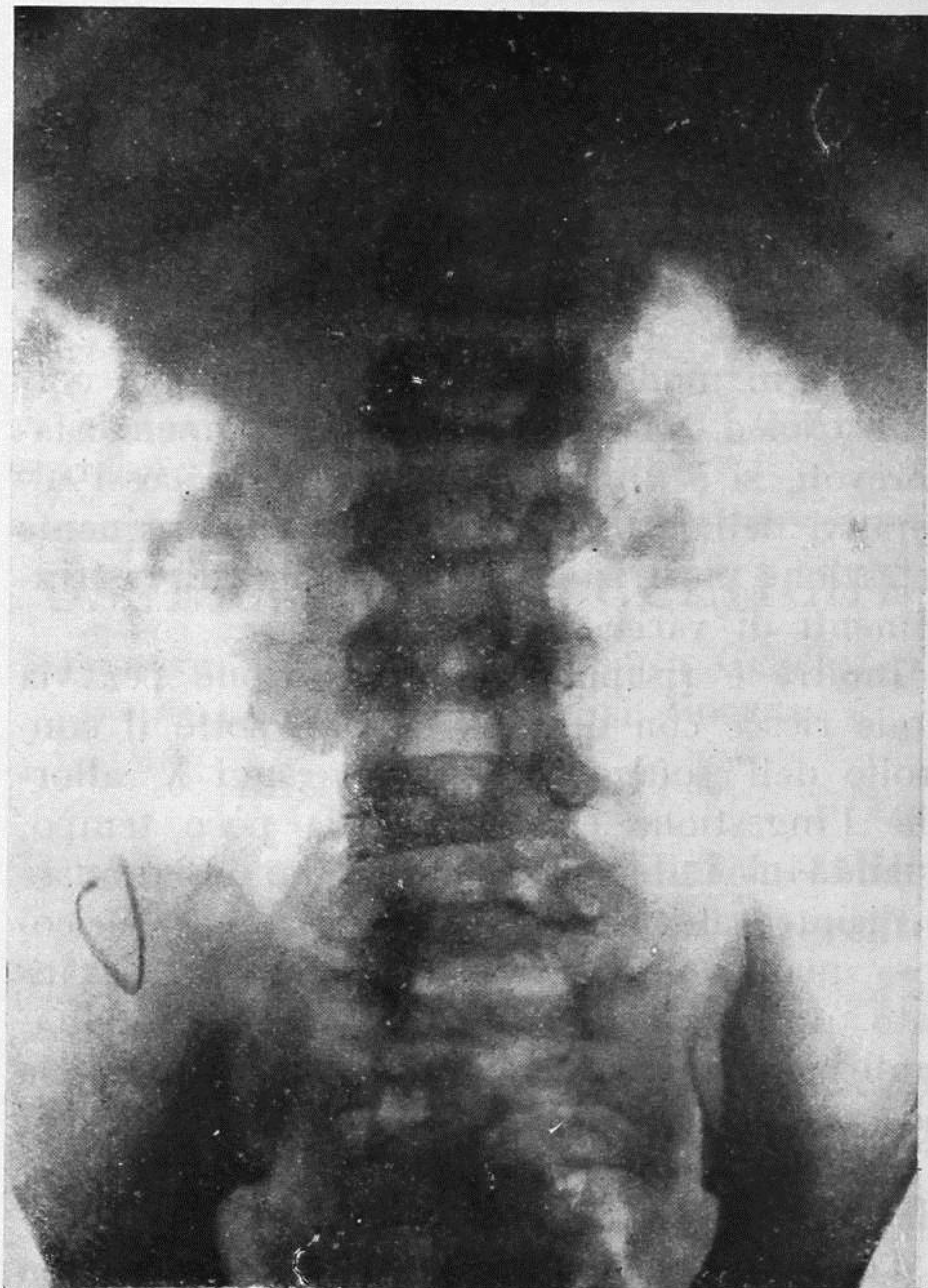


FIG. 2.

24-IX-1934. Ore 17. II esame radiografico: lo spillo si trova nella flessura destra.

25-IX-1934. III esame radiografico: presente nell'ascendente.

26-IX-1934. IV esame radiografico: presente nell'ampolla rettale.

26-IX-1934. Ore 18. Emissione spontanea dello spillo con le feci.

CASO V. — C. Z., di anni 13, da Soliera, modista. Entra in Clinica chirurgica il 29-XI-1934.

Nel pomeriggio del 28-XI-1934, mentre chiacchierava, durante una inspirazione profonda inghiottiva un ago da cucire che teneva tra le labbra avvertendone il passaggio attraverso l'esofago fino in corrispondenza della forchetta sternale. Dopo di che non ebbe più ad accusare disturbi o sensazioni abnormi.

Esame obbiettivo generale e locale: nulla di abnorme a carico dei vari organi.

1-XII-1934. I esame radiografico: si vede l'ago presso la flessura destra del colon, verosimilmente nel colon.

1-XII-1934. La paziente accusa dolori spontanei, violenti, in corrispondenza della fossa iliaca destra dove si rileva marcata iperestesia cutanea e la palpazione è molto dolorosa. Difesa addominale. La paziente inoltre riferisce di aver emesso dalla bocca per tre volte discreta quantità di sangue.

2-XII-1934. Persistono i dolori spontanei e provocati. La palpazione è dolorosa su di una zona circoscritta alla fossa ileo-cecale.

3-XII-1934. Il esame radiografico: si vede l'ago nel ceco (vedi fig. 3).

4-XII-1934. Emissione spontanea dell'ago con le feci. I dolori spontanei e provocati sono diminuiti.

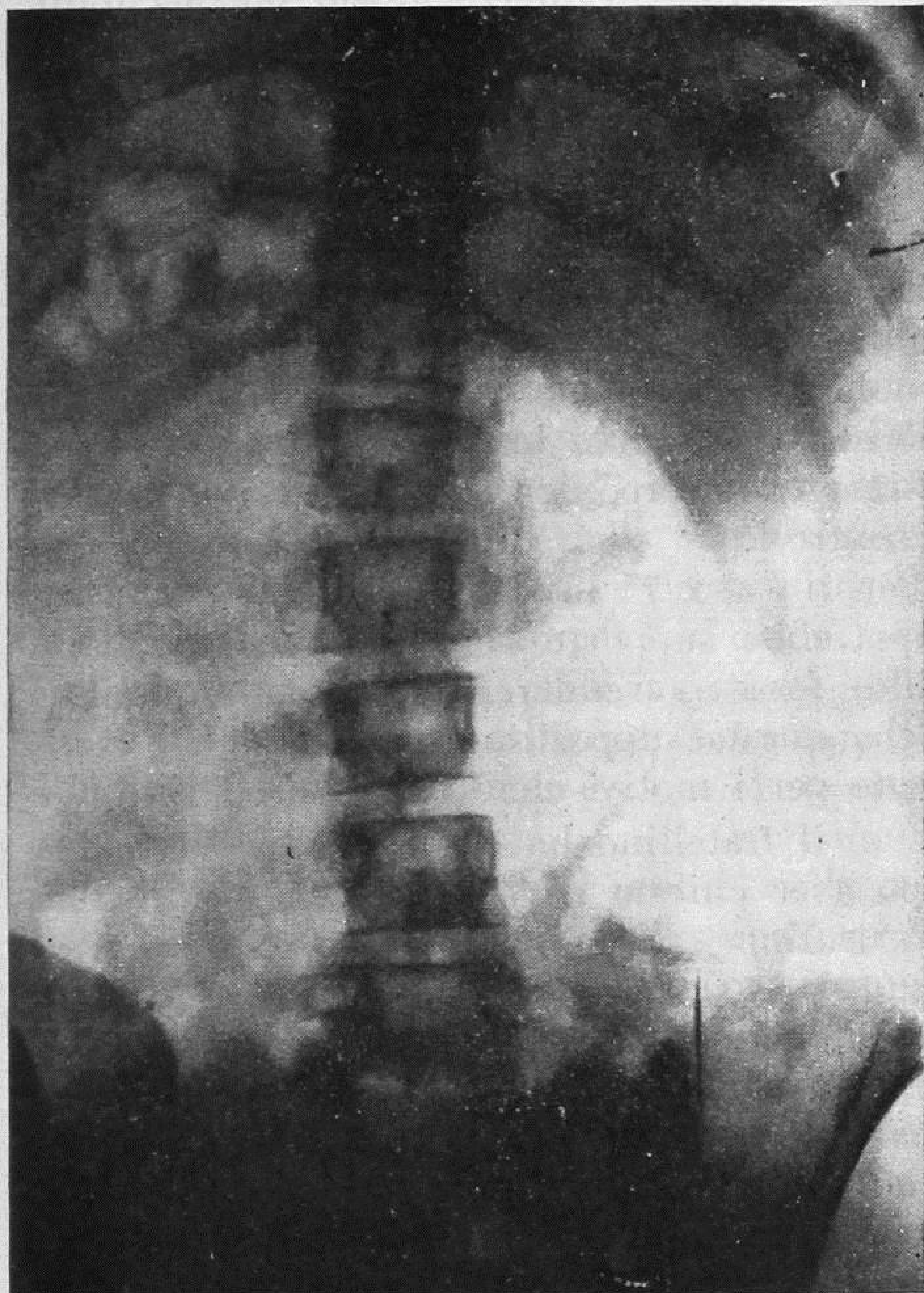


Fig. 3.

L'iperestesia e la difesa sono evidenti nella fossa iliaca destra in prossimità della spina iliaca anteriore superiore. Non vomito nè febbre. Alvo e diuresi regolari.

6-XII-1934. Essendo la sintomatologia descritta quasi scomparsa si dimette la paziente.

11-XII-1934. Viene ricoverata di nuovo per la ricomparsa di dolore continuativo nella fossa ileocecale, in prossimità della spina iliaca antero-superiore.

Nei giorni seguenti i sintomi si dileguano.

24-XII-1934. La paziente viene dimessa in completo benessere.

Caso VI. — B. I., di anni 24, da Modena, domestica. Viene visitata ambulatoriamente il giorno 20-III-1935.

Nel mattino del 20-III-1935 ha ingerito un chiodo lungo circa tre centimetri.

Esame obbiettivo generale e locale: nulla di abnorme a carico dei vari organi.

20-III-1935. Esame radioscopico: si vede l'ago nell'intestino, probabilmente nel tenue.

21-III-1935. La paziente ha eliminato il chiodo con le feci.

Caso VII. — P. R. di mesi 3 da Casinalbo. Entra nell'Istituto di Patologia chirurgica il giorno 1-IV-1933.

I genitori riferiscono che il giorno 30-III-1933 avevano messo nel letto del paziente un suo fratellino di circa 3 anni, come di abitudine.

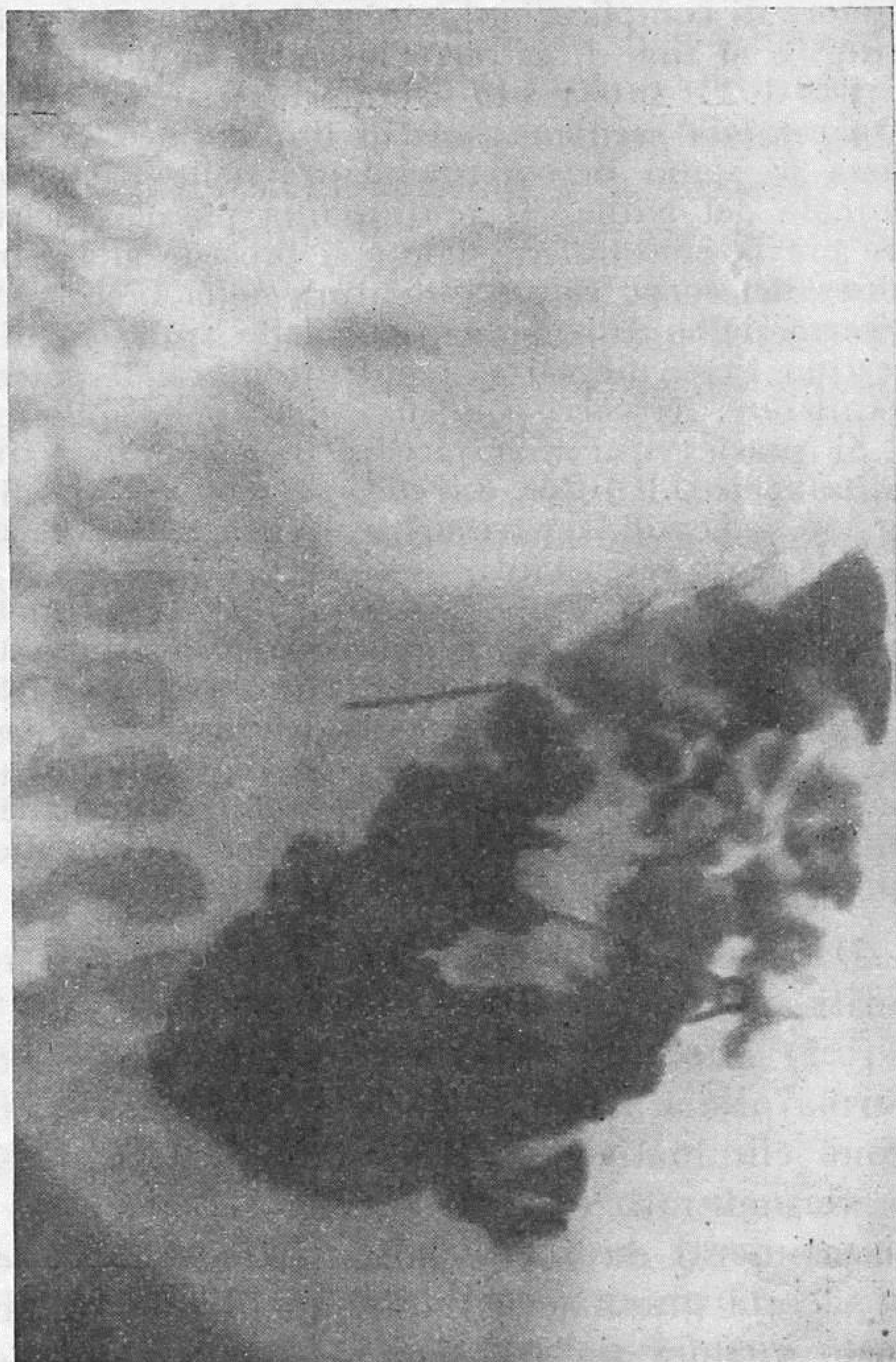


Fig. 4.

Pochi minuti dopo, da una stanza vicina, udirono un respiro stertoroso che li allarmò. Accorsi immediatamente videro il piccolo paziente cianotico, affannato, in preda a soffocazione. Sollevato dal letto il piccino si riprese in pochi minuti senza più manifestare alcun disturbo.

I genitori, per scrupolo, interrogarono subito il fratellino maggiore, il quale, ottenuta l'assicurazione che non sarebbe stato punito confessò di avergli tolto dalle fascie uno spillo da balia e di averglielo posto in bocca, chiuso.

I genitori allora, preoccupati, dopo aver constatato che lo spillo mancava realmente dalle fascie fecero dappertutto le più accurate ricerche con esito negativo. Richiesero quindi il consiglio di un medico, il quale, incredulo per lo stato normalissimo del bambino, suggerì di tenerlo in accurata osservazione ed eventualmente richiedere il giorno successivo un esame radiografico.

I genitori, avendo notato che il bambino si alimentava regolarmente e che le funzioni dell'in-

testino erano normali, si decisero a portarlo nell'Ospedale di Modena soltanto il giorno 1-IV-1933, circa 48 ore dopo il fatto.

1-IV-1933. L'esame obbiettivo non fa rilevare alcunchè di abnorme a carico dei vari organi.

1-IV-1933. Esame radiografico: presenza di uno spillo da balia nell'intestino, con tutta probabilità nell'ultima parte del tenue. Una più attenta osservazione fa riconoscere che lo spillo è spezzato verso la punta, la quale trovasi in una porzione più alta del tubo digerente, con tutta probabilità nello stomaco (vedi fig. 4).

In considerazione dell'età del paziente, per il timore di complicazioni, si decide l'intervento chirurgico al fine di estrarre lo spillo in totalità.

1-IV-1933. Intervento operatorio: narcosi eterea, laparatomia mediana; aperto il peritoneo si localizza lo spillo in corrispondenza della parte terminale del tenue. Si pratica una piccola incisione previa emostasi digitale e si procede alla estrazione del corpo estraneo. Sutura della breccia. La ricerca della rimanente parte dello spillo nell'intestino riesce negativa, mentre sembra di poterla localizzare in corrispondenza dell'anello pilorico. Si pratica qui una piccola incisione ma, una volta aperto, il corpo estraneo sfugge sotto le dita e non è possibile ritrovarlo. Sutura della breccia e dei piani sovrastanti.

La parte di spillo estratta, lunga centimetri quattro e mezzo, è arrugginita ma resiste notevolmente alle manovre che si fanno per spezzarla.

2-IV-1933. Le condizioni del bambino, che erano state abbastanza buone, vanno sensibilmente peggiorando per la comparsa di catarro bronchiale diffuso. I famigliari, contro il parere dei medici, lo portano a casa.

Dall'osservazione e dalla critica dei casi riferiti appare quindi logico dedurre:

1) Anche i corpi estranei appuntiti e di forma allungata (spilli e chiodi) ingeriti vengono eliminati con discreta facilità attraverso le vie naturali (casi 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°), ed i risentimenti da parte dell'intestino, anche di una certa gravità, regrediscono in modo completo qualora sia avvenuta la eliminazione del corpo estraneo (caso 5° in cui si deve ritenere avvenuto un risentimento del ceco con ripercussione sul peritoneo e regressione rapida e totale dei sintomi).

2) Corpi estranei metallici, sottili ed appuntiti, possono fratturarsi nel tubo digerente (casi 3° e 7°).

Questo è il fatto più importante da osservarsi per l'eccezionalità dell'evenienza. Infatti non mi è stato possibile rintracciare nella letteratura la descrizione di casi similari.

Ho creduto di poter affermare con sicurezza che la frattura degli aghi è avvenuta in ambedue i casi dopo l'ingestione (pur riconoscendo la stranezza dell'evento e la difficoltà di spiegare causa e meccanismo di rottura) per la facile esclusione del dubbio che le affermazioni risultanti dall'anamnesi possano non rispondere a verità. Infatti per il caso 3° si potrebbe avanzare l'ipotesi che l'ingestione del corpo estraneo sia stata soltanto parziale in quanto l'esame radiografico di controllo ha dimostrato la presenza nell'intestino della sola cruna d'ago.

Credo che, ad escludere tale supposizione ed a convalidare l'affermazione che la rottura sia avvenuta nel tubo digerente, valgano i seguenti motivi:

a) le affermazioni della paziente furono sempre precise e non si ebbero mai contraddizioni, durante l'interrogatorio più accurato.

b) Il fatto avvenne in presenza di altre persone che ne testimoniarono la veridicità.

c) Non si può trovare un motivo sufficiente per giustificare la simulazione, in quanto la paziente era psichicamente normalissima e non avrebbe potuto ricavare alcun vantaggio dalla simulazione stessa.

d) l'eliminazione della parte mancante può essere avvenuta insieme con le feci emesse il giorno precedente l'esame radiografico di controllo.

Per il caso 7° invece, volendo sottilizzare, si potrebbe supporre che l'introduzione dello spillo fosse avvenuta in due tempi distinti. Anche questa supposizione viene esclusa facilmente per i motivi che seguono:

a) il fratellino ha confessato la sua colpa dopo aver chiesto ed ottenuto dai genitori la assicurazione che non sarebbe stato punito, segno della sua capacità a riconoscere il grave errore commesso; perciò si deve pensare che non l'avrebbe volontariamente ripetuto.

b) l'affermazione del fratellino fu subito pronta e precisa nel senso di aver posto in bocca al piccolo paziente lo spillo chiuso e quindi intero.

c) troppo breve fu il tempo intercorso tra il momento in cui i due bimbi furono lasciati soli ed il momento in cui i genitori udirono i singulti del paziente.

d) una sola volta i genitori ebbero la sensazione che fosse avvenuto qualcosa di abnorme; dopo di che accorsero immediatamente nella stanza constatando la sofferenza del bimbo.

In conseguenza delle suesposte argomentazioni si deve quindi ammettere che l'ingestione del corpo metallico fu totale in ambedue i casi e che la frattura avvenne nel tubo digerente.

Riesce ora difficile spiegarne la causa ed il meccanismo.

Si deve senz'altro escludere che gli agenti fisici e chimici, in condizioni di normale resistenza del corpo estraneo, possano determina-

re simile evenienza. Questo perchè la forza sviluppata dalla muscolatura del tubo gastro intestinale non può evidentemente produrre la frattura di uno spillo che offre una presa scarsissima ed una resistenza di molto superiore alle possibilità della peristalsi la quale si svolge nel senso di far progredire il contenuto intestinale, evitando spasmi ed azioni locali.

Inoltre non si può ammettere che i succhi gastrici, per la presenza di acido cloridrico, abbiano intaccato e modificato la compagine del metallo riducendone la resistenza in modo che la peristalsi normale abbia determinato la frattura stessa.

Questo per il fatto che i corpi estranei poterono soggiornare soltanto poche ore nello stomaco e per la dimostrazione sperimentale da me ottenuta che un ago da cucire, nuovo ed intatto, immerso in succo gastrico normale per 48 ore a temperatura 37° non ha presentato alcuna modificazione della sua resistenza.

Per le ragioni suesposte credo più accettabile l'ipotesi che la compagine dello spillo fosse alterata già prima dell'ingestione cosicchè sia bastato a determinarne la frattura l'azione dei fattori meccanici e chimici su citati, normalmente insufficiente.

Tale ipotesi è convalidata inoltre dalla constatazione che il frammento di spillo estratto chirurgicamente si presentava arrugginito; sebbene la sua resistenza agli sforzi compiuti per spezzarlo sia stata notevole si può credere che in corrispondenza della frattura esistesse il punto più debole.

Non si può avanzare alcuna ipotesi a spiegazione del meccanismo di frattura per il caso 3° perchè non fu possibile conoscere in quale segmento del tubo digerente essa avviene, mentre per il caso 7° si può supporre che lo spillo, apertosi nello stomaco, sia progredito con la punta attraverso il piloro eventualmente infiggendosi nella parete del piloro stesso, mentre la parte restante si trovava, libera, nello stomaco.

Per tale motivo potè avvenire che la punta dello spillo, durante una contrazione del piloro, rimanesse immobilizzata come in una morsa permettendo alla peristalsi gastrica, nella sua normale evoluzione verso il piloro, di esercitare un movimento di leva sulla parte dello spillo che si trovava nello stomaco, interrompendone in tal modo la continuità nel punto meno resistente.

Come ripeto, questa è una ipotesi; ed io la emetto soltanto perchè non trovo spiegazioni più semplici od evidenti di quanto è avvenuto.

Deduzioni terapeutiche.

La statistica riferita conferma dunque l'opinione prevalente degli AA. di attendere anche a lungo in ogni caso di corpo estraneo ingerito, dopo che sia giunto nello stomaco, per la grande tendenza alla risoluzione spontanea, incruenta, dei casi anche più impensati. Attesa armata, però, con sorveglianza diretta del Chirurgo e diagnosi radiologica di localizzazione eseguita ripetutamente al fine di intervenire a colpo sicuro qualora si manifestino gravi segni di lesioni parietali o peritoneali.

Rarissime sono tali complicanze temibili, come rare sono le indicazioni di intervento immediato, ciò che è avvenuto per il caso 7° soltanto in cui l'intervento fu deciso immediatamente per due motivi sopratutto:

1° Età del bambino e consecutiva grande difficoltà a riconoscere rapidamente eventuali serie complicanze per lesioni gravi dei visceri.

2° Complicazione sopravvenuta per la frattura del corpo estraneo con presunta infissione della punta nel piloro, così da renderne molto difficile il passaggio nel duodeno.

Riassunto.

L'A., dopo aver riferito le opinioni prevalenti circa il momento e le indicazioni per intervenire nei vari casi d'ingestione di corpi estranei, riferisce la storia clinica di 7 casi presentatisi alla sua osservazione.

Particolare interesse, per la loro eccezionalità, offrono 2 casi in cui si deve ritenere avvenuta la frattura del corpo estraneo metallico dopo l'ingestione. (Casi 3° e 7°).

Nel caso 3° l'esame radiografico ha messo in evidenza soltanto un frammento del corpo estraneo ingerito (ago da cucire) per cui si deve ritenere che la parte mancante sia stata eliminata attraverso le feci prima dell'esame radiografico.

Nel caso 7° invece la documentazione radiografica e chirurgica dimostra chiaramente che il corpo estraneo (spillo da balia) è spezzato in due frammenti di cui uno è fisso presso il piloro e l'altro ha progredito fin presso il ceco.

L'A. inoltre cerca di spiegarne causa e meccanismo.

La descrizione dei casi è documentata dalla riproduzione di 4 radiografie.

Bibliografia.

Arrigoni. Arch. It. di Chir., 1934.
Bellucci. Arch. di Radiologia, 1935.
Bianchi. Arch. It. di Chir., 1933.
Di Vestea. Policlinico, Sez. Prat., 1926.

DONATI. *La chirurgia dell'addome.*
FIESCHI. Arch. It. di Chir., 1934.
FORNI. La Radiologia med., 1914.
FRANCINI. Policlinico, Sez. Prat., 1912.
GANGOLPHE. *Maladies de l'ésophage.* Baillière, 1912, Paris.
GAVAZZENI. La Radiolog. med., 1927.
GRUNSTEIN. Zentr. f. Chir., 1928.
GUISEZ. Soc. des Chir., Paris, nov. 1921.
LASAGNA. Policlinico, Sez. Prat., 1927.
MAIRANO. Arch. It. di Chir., 1924.
MASOTTI. Policlinico, Sez. Prat., 1924.
MORONE. Resoconto Soc. Med. Chir., Pavia, 1920.
PIGNATTI. Ibid., Bologna, 1921.
PREDIERI. Boll. Soc. Med. Chir., Pavia, 1917.
RIGHETTI. La Clin. Chir., 1926.
TROIANO. Policlinico, Sez. Prat., 1924.
UTILI. La Radiol. Med., 1929.
WINSLOW. Annals of surg., 1929.

SUNTI E RASSEGNE

DIFTERITE.

Sul problema della sieroterapia antidifterica.

(F. v. BORMANN. *Mediz. Klinik*, 9 agosto 1935).

Da quando l'efficacia del siero antidifterico è stata posta sotto un segno interrogativo, molti sono stati gli studi sperimentali, le osservazioni cliniche ed epidemiologiche tendenti a risolvere il problema di cui è intuitiva l'importanza pratica e teorica.

Così, mentre il De Rudder considera il trionfo epidemiologico del siero solo quale apparente, dovuto più che altro al fatto di una variazione spontanea del genio epidemico. v'è tutta una serie di autori (Bingel, Hottinger ed altri), per i quali i successi terapeutici del siero antidifterico sono dovuti al fatto che con esso viene realizzata la proteinoterapia aspecifica; la terapia stimolante secondo questi potrebbe essere effettuata anche da altri prodotti piretoterapici, coi quali si sarebbero ottenuti dei successi discreti (Alker ecc.).

Il contributo dell'A. è costituito oltrechè da osservazioni clinico-statistiche anche da una serie di ricerche sperimentali.

Le prime deporrebbero per l'efficacia del trattamento sieroterapico (senza pregiudicare sul suo modo d'azione); basandosi sulla statistica di 235 casi di difterite raccolti in 7 anni di osservazione l'A. ha potuto costatare come la mortalità in essi fosse in rapporto inverso alla precocità di ammissione all'ospedale (e quindi a quella del trattamento): difatti essa è nulla o quasi per i casi giunti in prima o seconda giornata; è di 7,30 e 32 % per l'ammissione risp. in terza, quarta e quinta giornata; ed è di 50 % per i casi trattati ancora più tardivamente. Anche la gravità del decorso si è presentata in modo analogo. Questi dati confuterebbero la tesi, per così dire, epidemiologica; con essi peraltro non viene risolto il problema del fattore curativo nella sieroterapia.

Nell'intento di chiarire l'importanza del fattore specifico o aspecifico del trattamento, sono state istituite delle ricerche su cavie, nelle quali veniva provocata la difterite congiuntivale; una parte degli animali è stata trattata (dopo la comparsa dei primi segni di difterite) con 1 cmc. di siero contenente 500 U.I.; ad un'altra veniva iniettato 1 cmc. del siero normale di cavallo (contenente 0,02 U. I. per cmc.), una terza parte degli animali dovette servire da controllo.

I risultati di tale esperienza confermarono l'assoluta efficacia del siero specifico, col quale si è avuto 100 % di guarigioni; esse d'altra parte misero in evidenza anche il notevole valore curativo del siero di cavallo adoperato, col quale si ebbero più di 50 % di guarigioni, mentre nel lotto di controllo la mortalità è stata di 80 %. In esperienze successive col siero normale di cavallo veniva sempre saggiato il potere antidifterico di questo; ed è stato rilevato che anche quando questo conteneva 0,01 U. I. per cmc., preservava una certa percentuale degli animali dalla morte; si è visto che con siero di attività di una U. I. per cmc. nessuno degli animali soccombeva all'infezione. Per escludere completamente l'eventuale partecipazione di fattori aspecifici, l'A. si è servito, invece che di siero normale, di siero antidifterico contenente 500 U. I. per cmc. diluito con soluzione fisiologica e iniettato in proporzione di 0,02-0,01 U. I. per cmc., ottenendo gli stessi risultati che con un cmc. di siero normale di pari attività antidifterica; mentre quando l'attività di questo ultimo era di 1:200 U. I. un cmc. di questo rimaneva senza effetto. L'A. conclude quindi che il potere curativo del siero normale, rilevato nelle esperienze precedenti, era dovuto non all'azione aspecifica delle proteine, ma al contenuto benchè minimo di anticorpi specifici; quindi, per lo meno per quel che riguarda la difterite congiuntivale delle cavie, le proteine aspecifiche sono prive di qualsiasi azione terapeutica.

Nella luce di queste osservazioni l'A. critica le esperienze degli altri AA. che vantano l'efficacia del siero normale di cavallo; infatti quasi sempre il siero adoperato da questi (Bingel, Hottinger, Kolle ed altri) conteneva minori o maggiori quantità di antitossina difterica. Quindi, l'A. nega qualsiasi utilità all'impiego di siero privo di anticorpi specifici nella cura della difterite. Esso insieme a Kraus e Sordelli sostiene il valore curativo di dosi anche minime di anticorpi specifici; le sue osservazioni sia cliniche che sperimentali deporrebbero senz'altro per la reale importanza della sieroterapia antidifterica; e se anche non tutti i quesiti inerenti al problema possono considerarsi risolti, sembrerebbe ben accertata l'importanza terapeutica dell'antitossina specifica.

S. MINZ.

Su alcuni problemi riguardanti la sieroterapia della difterite.

(F. v. BORMANN. *Med. Klin.*, 16 agosto 1935).

La pericolosità della difterite nei tempi che precedettero la scoperta del siero, derivava non tanto da un carattere di maggior gravità della malattia stessa, quanto dal fatto che la terapia allora attuata, senza siero, non aveva alcun effetto. Anche oggi infatti il decorso dei casi che non hanno ricevuto il siero o che l'hanno ricevuto troppo tardi, è molto simile a quello della difterite antesiero. Del resto la osservazione che delle piccolissime dosi di antitossina sono sufficienti negli animali ad ottenere dei risultati terapeutici, deve far pensare che il problema del dosaggio del siero antidifterico necessita di una accurata revisione. Se si inietta nella congiuntiva di alcune cavie del materiale difterico, si provoca una infezione massiva grave: ebbene, sono sufficienti dosi minime di antitossina e cioè da 1/20 a 1/100 di U. I. per riuscire a salvare alcune delle cavie del peso di 300 gr. Tutti i risultati che si sono finora ottenuti, sia nell'uomo che nelle esperienze sugli animali, con i cosidetti sieri normali riconoscono la loro origine nell'azione delle piccole quantità di antitossina che questi sieri verosimilmente contenevano (secondo Bingel da 1 a 4 U. I. per cent. cub.).

Infatti le stesse ricerche che l'A. ha fatto hanno dimostrato che il valore terapeutico attuale era completamente identico, sia che queste piccole quantità di antitossina fossero somministrate per mezzo di un siero che conteneva una minima quantità di U. I. per cc., sia che fossero somministrate sotto forma di una mescolanza del siero nativo con 500 parti di soluzione fisiologica e quindi praticamente priva di proteine: viene così ad essere chiarito il significato delle componenti aspecifiche del siero difterico e posta in dubbio la reale efficacia della proteinoterapia nella difterite. In realtà è oggi più che mai vero che il fattore terapeutico effettivamente efficace del siero curativo antidifterico è l'antitossina specifica: il ritorno alle dosi piccole di 1000-2000 U. I. per ciascun caso, proporzionalmente alla gravità del caso stesso, è la regola a cui bisognerà attenersi nel futuro.

I sieri purificati e disalbuminizzati o concentrati si sono mostrati sperimentalmente, nella difterite congiuntivale delle cavie e dei conigli, terapeuticamente meno efficaci che i sieri nativi. È molto probabile che nel processo di purificazione gli anticorpi del siero vengano danneggiati nella loro potenzialità: è possibile che sia l'*avidità* dell'antitossina che viene ad essere menomata. L'A. sconsiglia perciò l'uso dei sieri purificati o concentrati.

G. LA CAVA.

VASI SANGUIGNI.

La tromboangioite obliterante (*).

La prima parte del libro è dedicata all'esposizione sintetica, ma oltremodo chiara, di alcuni concetti generali sulla fisiopatologia vasale e sui disturbi elementari del circolo (ipoemia, ischemia, iperemia; acrocianosi, trombosi, embolia, edema, gangrena, circolazione collaterale).

Nella seconda parte l'autore, dopo aver tracciato la storia della tromboangioite obliterante, espone l'anatomia patologica dell'affezione, sia dal punto di vista macroscopico che microscopico, riportando delle belle e chiare microfotografie.

In un capitolo sulla interpretazione delle lesioni istologiche Diez trae occasione per spezzare una lancia a favore del concetto dell'endoangioite proliferante primitiva, portando invece argomenti contro la teoria infettiva sostenuta da Buerger.

Sono poi riportati i tentativi di riproduzione sperimentale delle lesioni, e specialmente le esperienze di Buerger e quelle di Horton e Dorsey. Tutte queste esperienze vengono severamente criticate.

L'autore passa quindi a trattare dei vari fattori etiopatogenetici dell'affezione. Diez è fautore di una concezione etiopatogenetica eclettica. Egli considera l'iperfunzione della ghiandola interstiziale del testicolo come uno dei fattori determinanti fondamentali della tromboangioite. La lesione iniziale è una arteriolite stenosante, identica a quella descritta nel morbo di Raynaud, e Diez è d'avviso che il morbo di Raynaud sia l'equivalente nella donna della tromboangioite dell'uomo, e che la loro differenziazione dipenda dai fattori ormonici. L'arteriolite stenosante deriva da una alterazione degenerativa dell'endotelio condizionata dalle modificazioni umorali e ormoniche. La « endotelite » determina la formazione del trombo parietale (come vuole Buerger) o stimola la proliferazione endoteliale o sottoendoteliale (come sostiene Winiwarter). La spina irritativa endovascolare provoca immediatamente la comparsa degli spasmi vasali, che, insieme con le lesioni ostruttive, determinano una ipoemia periferica. Si viene così a stabilire un circolo vizioso alla determinazione del quale concorrono anche altri fattori coadiuvanti: il freddo, le alterazioni endocrine, l'intossicazione tabagica, le intossicazioni endogene ecc.

Segue il capitolo della descrizione clinica della malattia in cui i vari sintomi vengono dettagliatamente passati in rassegna.

Un capitolo veramente interessante e com-

(*) I. DIEZ (Libreria El Ateneo, Buenos Aires, 1934).

pleto è quello sulla esplorazione funzionale delle arterie. In esso vengono esposti i vari metodi di studio della circolazione periferica. Di ciascuno di questi metodi Diez fa la critica e riporta l'esperienza personale, soffermandosi specialmente sulla « caudalometria », che permette, per mezzo di un apparecchio ideato da Hewlett e Zualumenburg e modificato da Diez, di misurare la quantità di sangue che in un dato periodo di tempo passa in un arto.

Segue un capitolo dedicato all'evoluzione della malattia nella quale vengono descritte le varie forme cliniche e le complicazioni.

Completo e accurato è il capitolo della diagnosi differenziale e interessante anche quello sul trattamento medico e fisioterapico.

Nella terza parte, dedicata alle gangliectomie simpatiche, dopo averne tracciata la storia, Diez rivendica a sè la priorità della gangliectomia nelle affezioni vascolari. Esamina poi le basi dell'applicazione e le indicazioni della gangliectomia nella tromboangioite obliterante affermando che i risultati sono tanto più completi e duraturi quanto più precoce è l'intervento.

Dopo alcuni cenni sull'anatomia e sulla fisiopatologia del sistema nervoso simpatico (vengono tra l'altro riportate le ultime vedute sulla motricità dei capillari), l'autore passa in rassegna le varie prove funzionali per mezzo delle quali si può determinare il grado di vasospasmo esistente nelle lesioni del circolo periferico, dando la preferenza alla rachianestesia.

La pratica di queste prove ha dato risultati uguali a quelli forniti dall'esperienza chirurgica: Diez pertanto è giunto alle seguenti conclusioni:

1) nella tromboangioite degli arti superiori la gangliectomia simpatica è sempre indicata;

2) nella forma abituale della tromboangioite la gangliectomia lombare è sempre indicata;

3) nell'arteriosclerosi degli arti inferiori non si deve sperare alcun risultato dalle operazioni vasodilatatrici;

4) la forma iperacuta della tromboangioite può essere trattata solo con l'amputazione.

Nel capitolo seguente sono descritte dettagliatamente le modificazioni fisiopatologiche provocate, sia negli animali che nell'uomo, dalle gangliectomie simpatiche.

Un capitolo veramente interessante è quello riguardante i risultati immediati e lontani della gangliectomia nella tromboangioite obliterante. Diez riporta una statistica personale di ben 150 osservazioni, il 55 % delle quali sono state seguite per un periodo di tempo variabile da 1 a 10 anni dopo l'intervento.

Segue la descrizione della tecnica chirurgica. Diez opera sempre in anestesia locale, anche per la simpatectomia lombare, e ritiene questo dato d'importanza fondamentale nei tromboangioitici. Egli segue la via anteriore per la simpatectomia cervico toracica e la via extraperitoneale per la lombare.

Brevi accenni vengono anche dati sugli altri trattamenti chirurgici (simpatectomia periarteriosa, arteriectomia, surrenalectomia, ramisezioni, dissociazione fascicolare nervosa, anastomosi arterovenosa) e sui vari trattamenti palliativi (alcoolizzazione dei gangli simpatici, delle radici e dei nervi periferici, sezioni nervose, legature venose e arteriose).

Chiudono il volume le storie cliniche dei 150 tromboangioitici gangliectomizzati, e una ricchissima e veramente completa bibliografia.

A. CHIASSERINI.

I metodi moderni di diagnosi e di cura delle arteriti obliteranti.

(VAN DER LINDEN. *Rev. Belg. des Scienc. Méd.*, n. 4, aprile 1935).

La sorte dei malati colpiti da a. o. degli arti inferiori era fino a pochi anni fa un lungo martirio, ciò non è più oggi specie in grazia dei molti studi del Leriche.

L'A. ne tratteggia così le direttive di diagnosi e di cura.

Si deve anzitutto fare la diagnosi di obliterazione arteriosa, poi stabilirne la sede e la estensione, indi decidere la cura.

Il *quadro clinico* è classico: un paziente per lo più sulla cinquantina, soffre da qualche mese o da anni di dolori vaghi alla gamba, di crampi al polpaccio, che si accentuano con la fatica; ha un senso di freddo subiettivo in tutto l'arto. Compaiono poi disturbi trofici all'estremità: ipercheratosi plantare, fenomeni di glossy-kin al dorso del piede e alla caviglia, caduta dei peli, irregolarità, ispessimento, e caduta delle unghie delle dita, lieve edema cutaneo, cute violacea. Vi sono muscoli atrofici, iptonici. Il malato va dal medico o per accentuazione dei disturbi o per comparsa di escare, o ulcerazioni cutanee o per claudicatio intermittens.

La *diagnosi* richiede anzitutto palpazione accurata dei singoli polsi arteriosi dell'arto. L'esame deve essere comparativo tra i due arti.

Poi si farà l'esame oscillometrico: l'assenza di oscillazioni in un territorio indica arresto di circolo in quel territorio; anche qui si deve ripetere l'indagine in vari punti e sempre comparativamente.

Vi è poi il terzo mezzo, quello più moderno di tutti: l'arteriografia secondo la tecnica di Dos Santos. Con un ago fine a punta smussa si punge per via transcutanea la a. femorale o l'aorta e si inietta 30-40 cmc. di Thorotrast ad una pressione costante di due atmosfere. Radiografia immediatamente dopo l'iniezione.

Terapia: non può essere etiologica purtroppo. In una serie di casi, infatti, l'agente causale ha terminato la sua azione quando si ma-

nifesta la arterite (ciò accade nei casi dovuti a embolia, congelazione, traumi, ferita arteriosa, legatura).

Nell'arteriosclerosi non abbiamo terapia etiologica. Nella così detta arterite obliterante spontanea ignoriamo la vera patogenesi. Oppel ha emesso l'ipotesi che nella tromboangioite obliterante dei giovani fosse in causa una ipersecrezione adrenalinica. Sebbene ciò non sia del tutto provato pure la surranelectomia sinistra ha dato risultati incoraggianti.

In assenza di cura causale si deve ricorrere alla cura sintomatica: ecco le varie cose che si possono fare.

Arteriotomia; simpatectomia lombare; simpatectomia periarteriosa; anestesia dei plessi simpatici periarteriosi e ganglionari. Con questi vari mezzi opportunamente scelti si hanno spesso buoni successi. L. TONELLI.

MISCELLANEA.

L'allergia tubercolinica nelle malattie infettive acute.

(J. S. WESTWATER. *The Quarterly Journal of Medicine*, luglio 1935).

La reazione intracutanea alla tubercolina sta rapidamente sostituendo, nella pratica clinica, il vecchio ed originale metodo di von Pirquet della scarificazione cutanea; onde è necessario stabilire esattamente tutti i possibili errori inerenti al metodo. Uno di questi, e forse il più frequente, è quello derivante dall'effetto che hanno sulla allergia tubercolinica le malattie infettive acute· è noto infatti che alcuni esantemi, e specialmente il morbillo, possono temporaneamente sopprimere la risposta alla reazione di von Pirquet. Appunto perciò è interessante ricercare la possibile durata di questa temporanea soppressione della risposta alla tubercolina, allo scopo di stabilire il valore dei risultati negativi quando si tratti di fare la diagnosi di infezione tubercolare nell'infanzia. È ciò che ha fatto l'A. praticando la reazione di Mantoux in circa 2000 casi di malattie infettive acute, ivi compresi il morbillo, la scarlattina, la varicella, la difterite e la pertosse, in bambini ricoverati nel periodo 1931-1933 nel Park Hospital di Londra.

Il metodo adottato fu di praticare la reazione intradermica, all'ingresso in ospedale, e quindi ad intervalli variabili per ciascuna malattia, fino a che il paziente lasciava l'ospedale. In queste ricerche si preferì di fare la reazione in un numero grande di casi, e poco frequentemente, piuttosto che intensamente in un numero piccolo di casi, poichè è noto che ripetute reazioni tubercoliniche a breve distanza l'una dall'altra stimolano l'allergia, e ciò avrebbe alterato il valore dei risultati delle ricerche.

La conclusione a cui l'A. giunge è che realmente i due esantemi più comuni, e cioè il morbillo e la scarlattina, causano una depressione temporanea della sensibilità alla tubercolina: infatti in circa la metà dei casi la reazione di Mantoux con una soluzione all'1:1000 era completamente negativa, subito dopo l'inizio della infezione acuta.

Questo periodo di allergia depressa o di iposensibilità dura generalmente per una settimana dopo l'apparizione del *rash*, ma in casi eccezionali può persistere anche nella seconda settimana. Le altre infezioni acute, e cioè la varicella, la difterite e la pertosse non hanno mostrato di avere alcun effetto sulla sensibilità alla tubercolina.

Le ricerche dell'A. hanno anche dimostrato che la piccola quantità di tubercolina introdotta per la reazione intradermica è già sufficiente per la stimolazione allergica, fatto questo dimostrato dalla aumentata risposta alla reazione in una prova susseguente. Probabilmente lo stesso fenomeno avviene in quei casi in cui una reazione che in un primo tempo era riuscita negativa, diventa positiva alla stessa diluizione dopo solo una o due settimane.

La spiegazione del fenomeno può trovarsi nel fatto che la sensibilità individuale in quel caso può aver richiesto una piccola dose di tubercolina quale stimolo per poter raggiungere il massimo della propria reattività a quella determinata diluizione. Ciò dimostra la importanza delle reazioni ripetute prima di dare ad una risposta negativa un valore diagnostico.

Nel morbillo e nella scarlattina l'azione ipoallergizzante pare sia dovuta all'azione del *rash* sulla pelle stessa: infatti la reazione non manca finchè non è comparso il *rash*, per quanto i prodromi abbiano dimostrato che la infezione sistemica è presente sin da tre o quattro giorni prima.

Inoltre il massimo di azione anergizzante si trova quando il *rash* è nel massimo del suo sviluppo, e si è visto che vi è un rapporto diretto fra la estensione del *rash* e la gravità dell'anergia.

Gli studi dell'A. confermano dunque le vedute di Rolly, il quale sostiene appunto che l'effetto sulla reazione alla tubercolina è appunto dovuto alla esplosione del *rash* sulla pelle, mentre il von Pirquet sosteneva che tale effetto era dovuto alla alterazioni sistemiche provocate dal morbillo. G. LA CAVA.

Sull'azione terapeutica dell'anidride carbonica.

(R. COBET, *Mediz. Klinik*, 6 settembre 1935).

L'efficacia terapeutica delle cure termali con acque ad alto contenuto di CO_2 è nota da tempo, specie nei riguardi di affezioni cardiache; l'osservazione empirica però, fino a poco tem-

po fa, non ha trovato la sua conferma teorica, tanto che a seconda dei vari AA. il meccanismo d'azione dell'anidride carbonica veniva interpretato in modo addirittura opposto.

Ricerche più recenti hanno anzitutto dimostrato che la cute, specie quando è bagnata e in istato di iperemia, viene permeata dalla CO_2 È stato visto che durante e dopo il bagno contenente CO_2 (essendone evitata l'ispirazione diretta) aumenta l'eliminazione della CO_2 coll'aria espirata in proporzione di 30-200 cc. al minuto primo. Anche nell'applicazione localizzata delle acque carboniche è stato notato il progressivo impoverimento di questa in CO_2 (Heriger, Cramer, Cobet). Sembra dubbio però che tali quantità di CO_2 possano agire direttamente sul centro respiratorio; l'azione terapeutica sarebbe anzitutto dovuta al fatto locale, cutaneo: sotto lo stimolo chimico del gas penetrato si dilatano i capillari cutanei e viene favorevolmente influenzato il circolo periferico, di solito deficiente nei malati cardiaci, con consecutivo miglioramento degli scambi periferici. Le ripercussioni sul circolo generale sono più difficilmente valutabili. L'aumento della pressione sanguigna riscontrato da alcuni ricercatori, che anzi lo considerano quale utile ginnastica per il cuore, non costituisce un fatto costante; esso è stato rilevato anzitutto nei bagni artificiali ad anidride carbonica; in queste condizioni il gas si sprigiona molto più facilmente e l'inspirazione di esso stimola direttamente il centro vasomotorio (Kura e Parade).

Non è escluso che il circolo cutaneo modificato da CO_2 possa provocare dei riflessi diretti nei centri vasomotori; l'azione riflessa però si rende soprattutto evidente quando viene osservata l'influenza che la temperatura del bagno carbonico esplica sul tono e sulla pressione arteriosa. Il bagno freddo provoca difatti un transitorio aumento di pressione e del tono vasale (Mueller) che in certi casi può costituire un utile allenamento per il muscolo cardiaco; esso è molto meglio sopportato del bagno freddo comune, perchè la temperatura bassa non viene affatto avvertita dall'infermo in seguito all'azione stimolante che la CO_2 esplica sulle determinazioni nervose termo ricettrici (Goldscheider). Di qua anche l'utilità della CO_2 nelle applicazioni dell'idroterapia fredda in genere (malattie iperpiretiche, tifo ecc.); il bagno freddo con CO_2 viene dall'infermo percepito con piacevole sensazione di calore.

L'A. richiama l'attenzione sulle possibilità di applicazione terapeutica di CO_2 sotto forma pura di gas; il bagno gassoso caldo di CO_2 sarebbe molto efficace per la provocazione di sudorazione profusa, probabilmente appunto per la stimolazione diretta dei nervi termoricettori; colla temperatura di 45-50°, nello spazio di 30-40' l'individuo viene a perdere circa 900 cc. di liquido (V. Haebler).

Le proprietà iperemizzanti dell'applicazione locale di CO_2 possono rendere servizi preziosi nel trattamento delle ferite torpide, nelle fistole (mediante un tubo di gomma), nelle gangrene delle estremità. Tali proprietà curative rilevate già nel secolo scorso (Steinmetz, Demarquay) vennero poi trascurate, e solo presentemente rimesse in onore dall'A. e da Heriger. L'A. descrive alcuni apparecchi di cui la costruzione ingegnosa permette l'azione diretta del gas riscaldato; con essi viene anche provocato alternativamente riscaldamento e raffreddamento dell'arto, allo scopo di generare favorevoli reazioni vasomotorie. Ottimi risultati sono stati ottenuti anche nel morbo di Buerger, nella gangrena arteriosclerotica e diabetica; le parti necrotiche vengono rapidamente eliminate, la granulazione e l'epitelizzazione avvengono in breve tempo; il trattamento con CO_2 calda si è dimostrato utile pure nei dolori da disbasia arteriosclerotica.

Sembra quindi che le applicazioni curative della CO_2 non siano ancora abbastanza sfruttate, nè abbastanza note alla grande massa dei medici. Nei progressi della terapia non medicamentosa, segnati negli ultimi anni, il posto non ultimo dovrebbe spettare pure all'applicazione di anidride carbonica nelle sue varie modalità.

S. MINZ.

DIVAGAZIONI

Il senso del gusto nelle gestanti.

È di nozione comune che il gusto viene spesso alterato nelle donne gravide; in queste si manifesta ad un tratto predilezione per cibi piuttosto saporiti; i profani attribuiscono una grande importanza alle cosidette « voglie » che si estrinsecano con un improvviso desiderio di un dato alimento, magari non comune.

Nella letteratura scientifica esistono finora pochi dati relativi alle alterazioni del senso di gusto in gravidanza; qualche rilievo statistico è stato fatto da Kehrer, il quale ha notato che in una certa percentuale di esse si manifesta una predilezione per l'acido, in talune per il dolce. Seitz ha osservato una diminuzione del potere gustativo, fino a quasi completa abolizione di esso, ed ha messo in rapporto a tale fatto la frequente inappetenza.

Recentemente R. Hansen e W. Langer (*Klin. Wochenschr.*, 17 ag. 1935) hanno cercato di valutare le alterazioni gustative delle donne gravide con criteri di indagine fisiologica. Le ricerche eseguite su 28 soggetti hanno avuto per oggetto la determinazione della soglia gustativa per le quattro tipiche sensazioni gustative: il salato, l'acido, il dolce e l'amaro mediante diverse soluzioni campione di NaCl, di ac. tartarico, di glucosio e di idroclorato di chinino (come vengono di solito adoperate nello studio del potere gustativo). Il valore soglia normale è stato dedotto precedentemente da

uno studio analogo eseguito su 12 donne normali di press'a poco la stessa età.

I risultati della ricerca hanno in genere confermato il fatto della minore sensibilità gustativa delle gravide; tale fenomeno è specialmente evidente per il salato, dove il valore soglia supera di 114 % quello normale; per l'acido tale differenza è stata di 89 %; per il dolce di 35 % e per l'amaro di 60 %.

La genesi di tale fenomeno è di difficile interpretazione. Esso non potrebbe essere attribuito a fatti di ordine meccanico (atrofia delle papille linguali che si osserva nell'anemia perniciosa e talvolta durante il climaterio, cui spesso concomitano pure modificazioni gustative) poichè nessuna alterazione era rilevabile all'esame della lingua e mancavano pure fenomeni subiettivi, come p. es. senso di bruciore che si manifesta nelle lesioni della mucosa linguale. Sono anche da scartarsi dirette cause tossiche (alcuni alcaloidi o farmaci in genere possono affievolire il potere gustativo anche elettivamente) o lesioni periferiche nei nervi (com'è noto il glosso-faringeo, il linguale e la corda timpani portano fibre gustative). Non potrebbero invocarsi neanche lesioni centrali localizzate che talvolta possono implicare alterazioni del gusto, come p. es. avviene nella lesione del segmento posteriore della capsula interna. L'A. tende quindi ad attribuire le modificazioni del potere gustativo ad una diversa eccitabilità del sistema nervoso in toto; difatti, verso la fine della gravidanza tale eccitabilità viene alterata come dimostrano gli studi di Hansen, Seitz ecc. Le modalità di tale alterazione per quel che riguarda il gusto restano però oscure, specie quando si pensa alla diversa intensità colla quale vengono colpite le singole sensazioni gustative.

Comunque, a parte l'interpretazione teorica della patogenesi del fenomeno, i fatti rilevati dagli AA. si prestano ad una serie di considerazioni interessanti. Viene anzitutto spiegata la predilezione delle gravide per gli alimenti sapidi. D'altra parte gli AA. stessi non esitano attribuire, almeno in parte, la diminuita secrezione salivare e gastrica delle gravide alla diminuzione degli stimoli sensoriali (come è stato già osservato da Delhouge per gli anemici perniciosi). Anche la relativa inappetenza sarebbe da mettersi in rapporto diretto o indiretto con la deficienza dello stimolo gustativo.

La percezione del salato che viene nelle gravide compromessa più gravemente potrebbe avere la sua importanza teleologica, inquantochè la consecutiva maggiore introduzione di NaCl corrisponderebbe alla maggiore necessità di esso; d'altra parte, non è da disconoscersi che essa può contribuire alla ritenzione dei cloruri con formazione di edemi latenti o palesi; difatti non sembra che ad essa corrisponda maggiore secrezione di NaCl.

Il gusto in genere viene considerato quale uno dei sensi inferiori; tanto più quindi riesce interessante a vedere come lo studio di esso in una delle più comuni circostanze fisiologiche permette di tradurre in termini scientifici una serie di fatti finora considerati solo empiricamente e stabilire, come alcuni di tali fatti possono avere un'importanza non trascurabile nei complessi processi dell'economia organica.

S. MINZ.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

A. M. DOGLIOTTI. *Trattato di Anestesia.* Ediz. U.T.E.T., 1935 pp. XVI-552, L. 75.

È uscito in elegante veste tipografica e ricco di fotografie e di grafiche per la maggior parte originali un testo italiano di anestesia e analgesia completo ed aggiornato delle più recenti conoscenze. L'Autore vi ha profuso con piacevole stile tutta la sua dottrina e la sua lunga esperienza di sala operatoria, di guisa che il volume si dimostra particolarmente utile tanto ai chirurgi che vogliano non trascurare lo studio di una così importante specialità, quanto al medico pratico per i suoi piccoli interventi e per le pratiche analgesiche. La trattazione degli argomenti è divisa in tre grandi parti. Nella prima vengono accennati i compiti diretti e indiretti del moderno anestetista, e citati brevi cenni storici sui precursori e sugli ideatori dei moderni come degli antichi metodi di anestesia. Vi si parla anche della fisiologia del dolore e delle vie della sensibilità dolorifica, della visita dell'operando e della sua preparazione all'atto operatorio. La seconda parte riguarda le narcosi in genere con dei capitoli sulla fisiopatologia della narcosi, sul meccanismo di azione, sulle vie di assorbimento e di eliminazione dei narcotici, sugli incidenti e sulle complicanze che possono capitare e sul loro trattamento. Sono anche descritte le indicazioni, la tecnica, i vantaggi e gli svantaggi ecc. dei vari tipi di narcosi sia per inalazione che per via rettale o per via endovenosa. Diffusamente trattate sono le moderne anestesie coi gas. La terza parte, che è la più voluminosa si riferisce ai vari tipi di anestesie periferiche e precisamente alle anestesie locoregionali di tutto il nostro organismo, alle anestesie spinali estradurali (a. peridurale segmentaria e a. epidurale sacrale), alla rachianestesia sottoaracnoidea.

Opportuni raffronti con tavole dimostrative sulla durata, sulla tossicità e sulla estensione dei più noti anestetici locali corredano questa interessantissima esposizione.

Non mancano infine delle considerazioni sulla scelta del metodo di anestesia in base alle condizioni fisiologiche e patologiche del pa-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ziente, e in base alla sede e alla natura dell'intervento. Tutta l'Opera è densa di osservazioni e di consigli pratici, pur essendovi armonicamente accennate le questioni di carattere scientifico e sperimentale. Essa ha sopratutto il pregio di una grande chiarezza derivante dalla competenza dello scrittore, e viene alla luce assai opportunamente per colmare una deplorevole lacuna della nostra letteratura medica, in un periodo in cui i problemi di anestesia stanno ridestando in Italia e altrove un maggiore e meritevole interesse. ALIERI.

R. LERICHE. *Experimental & clinical researches on angina pectoris & its surgical treatment.* Glasgow: Jackson, Wylie & Co. 1935; 24 p. e 7 fig. 1 s. 6 d.

In questa conferenza pronunciata alla « Macewen memorial lecture » del 1934, l'A. espone i risultati delle sue ricerche sperimentali sull'innervazione vasomotoria cardiaca e sugli effetti delle legature delle coronarie e quelli degli interventi da lui eseguiti sul simpatico in ammalati di angina pectoris. Eccone le conclusioni: 1) il simpatico esercita un'azione costrittiva sulle coronarie; 2) la circolazione coronarica non è funzionalmente a tipo terminale, ma a tipo anastomotico; 3) la simpatectomia aumenta la circolazione coronaria e favorisce lo stabilirsi del circolo anastomotico; 4) su 12 casi operati dal 1925 al 1934 e osservati per un tempo sufficiente 3 sono clinicamente guariti, 4 sono molto migliorati, 3 hanno avuto uno scarso miglioramento, uno soltanto è deceduto 16 mesi dopo l'intervento e dopo avere avuto un certo periodo di miglioramento; 5) il tipo migliore di intervento consiste nella stellectomia uni- o bilaterale; 6) i casi più indicati per l'intervento sono quelli nei quali non esistono segni di stenosi coronarica grave, scompenso, infarto. PUDDU.

L. PIAZZA. *Nell'America del Nord per l'Esposizione di Chicago.* Un vol. in-8° di 330 pagine, Tip. Roccaforte e Scolari, Lentini, 1934-1935. L. 25.

Un medico nostro, ben noto specialmente per la sua attività nel campo dell'igiene e della medicina sociale, in occasione dell'Esposizione mondiale di Chicago ha fatto (beato lui!) un lungo viaggio agli Stati Uniti di America, toccandone le città e le regioni più importanti e riporta in questo libro le sue impressioni. Impressioni di uomo, che sente vibrare nelle cose la profonda solidarietà umana, di medico che studia i problemi dell'organizzazione sanitaria, dell'igiene e della demografia, ma soprattutto di italiano che, pur con l'anima aperta alla grande ammirazione, non rimane sbalordito dalle apparenze od anche dalle reali grandezze, ma trova che la piccola lontana Italia ha meriti e grandezze del passato e del presente che la fanno giganteggiare e che non temono confronti. Ricordi storici, questioni politiche, non pochi accenni letterari fanno del libro del professore Piazza una lettura gradita, in quanto che esso non si limita ad un resoconto di viaggio, ma investe tanti interessanti problemi. *fil.*

M. CHIRAY, G. LARDENNOIS et J. BAUMANN. *Les colites chroniques.* Vol. in-8° di 430 pagg., 31 fig. e 16 tav. Masson & C., Paris 1935. Fr. 65.

È un libro scritto con lo stato di spirito del terapista alle prese con le difficoltà della patologia intestinale e che quindi non ha altra pretenzione che stabilire un filo conduttore nel dedalo dei fenomeni estremamente complessi ch'essa comporta.

È in questi termini che l'opera viene presentata e gli AA. affermano la loro volontà di restare sul terreno clinico al fine di condurre ad una terapia semplice, unicamente basata sulla filiazione logica dei fatti.

La parte clinica è composta di tre capitoli principali. Il primo è consacrato alle coliti endomucose, lesioni che non sorpassano il piano mucoso, vale a dire che comportano solamente un'irritazione superficiale della mucosa con le reazioni di questa a contatto di un contenuto anormale. È in definitiva la storia del chimismo intestinale, delle variazioni della flora batterica e delle reazioni di compenso o di difesa messe in giuoco per mantenere l'equilibrio di questo ambiente.

Le coliti parieto-intestinali formano il secondo gruppo. Esse si concretizzano nella storia dell'appendicite cronica, lesione minima all'inizio, che a poco a poco si propaga a tutti i tessuti follicolari del cieco per creare queste coliti, queste tiflocoliti, sindrome tipica dell'infiammazione e dell'alterazione degli strati profondi del colon.

Sono coliti più gravi delle precedenti perchè conducono sia a delle distrofie segmentarie, sia alla pericolite. Nel terzo capitolo le coliti ulcerose sono trattate dapprima sotto l'aspetto delle coliti ulcerose specifiche rappresentate dall'amebiasi, e le diverse parassitosi che sono così spesso causa di queste lesioni gravi. Successivamente viene lo studio delle coliti ulcerose di natura indeterminata e che quindi rimangono ancora uno dei punti più misteriosi della patologia colica.

Un importante capitolo di terapia chiude il libro: vi si ritrovano esposte particolarmente le diverse risorse offerte al medico, in questo dominio così complesso, dalla fisioterapia, dalla batterioterapia e dalla farmacoterapia delle infezioni croniche del grosso intestino.

Le diverse possibilità di trattamento chirurgico delle coliti non mancano infine di essere ricordate con tutti i loro rischi e con le loro indicazioni. *a. p.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA.

Drenaggio peritoneale ed intestinale profilattico nella cura delle ferite d'arma da fuoco penetranti nell'addome

per il dott. Filippo Repaci.

Se ormai non si discute più sulla indicazione dell'intervento immediato nelle ferite d'arma da fuoco penetranti nell'addome, a me sembra che sia di grande utilità pratica, come condizione indispensabile del successo operatorio, l'applicazione del drenaggio addominale sistematico quando, per lesione di visceri e contenuto settico è da ritenersi sicura o anche probabile la inoculazione della sierosa peritoneale da parte della flora batterica intestinale. Sappiamo che nell'ileo il contenuto è più infettante e più tossico del digiuno e del duodeno (Valdoni, *Man. Chir.* Alessandri) e che lo stomaco è la parte meno infetta del canale gastro-enterico (Baggio, *Man. Chir.* Alessandri), ma la lesione di organi a contenuto più o meno settico controindica senz'altro la chiusura totale della cavità peritoneale mentre se non assurdo è per lo meno arduo pensare che i molteplici poteri di difesa e di resistenza alla infezione, insiste nella membrana più sensibile dell'economia, possono essere o diventare tali da vincere una infezione prodotta dal versamento di materiali intestinali anche quando una immediata ed opportuna terapia impedisca con adatte suture l'arrivo nella sierosa di altro materiale settico e consecutiva superinfezione.

Il Valdoni (*loco citato*) limita semplicemente alla chiusura per primam quei casi in cui la contaminazione del peritoneo sia stata scarsa, la detersione completa e l'intervento sia stato praticato nelle prime ore del trauma.

Il Donati (*Chir. dell'addome*) stabilisce che negli interventi immediati, se la ferita viscerale non è ampia e poco o nessun materiale si sarà versato (per quanto taluni (Harris) sostengono la necessità del drenaggio in tutti i casi di ferita con lesioni viscerali) sarà sufficiente un'accurata toilette. Tali casi, secondo la mia esperienza sono ben pochi e si possono limitare alle ferite puntiformi dell'intestino prodotte da piccoli pallini esplosi ad una certa distanza e nelle ferite uniche da arma da punta e taglio con lama stretta, ma debbono essere escluse da essi le ferite da proiettili di pistola e di armi da guerra.

Le lesioni puntiformi da pallini possono guarire anche senza intervento come ho constatato di recente in casi di ferimento, in cui melene ripetentesi dettero evidente la diagnosi di lesioni intestinali. Il Valdoni scrive che « la detersione del cavo peritoneale non può essere mai completa nemmeno con l'uso dei lavaggi che d'altra parte hanno il pericolo di portare la infezione dove ancora non era arrivata. Per tale ragione sarà sempre sufficiente di drenare il cavo peritoneale con drenaggi di gomma posti nelle vicinanze e non a ridosso delle suture ».

Secondo la mia pratica e la esperienza acquistata in due guerre ed in una discreta pratica di chirurgia di urgenza, questo del Valdoni deve essere il criterio su cui devesi fondare in parte la speranza del successo negli interventi in parola. Con una tecnica appropriata (eviscerazione totale anzitutto, resezioni più o meno estese con entero anastomosi latero laterali, preferibili alle singole suture ed alle escissioni losangiche) si riuscirà quasi sempre a dominare le lesioni ma con ciò si sarà assolto solo il 1° tempo della cura mentre resta la angosciosa incognita degli effetti della inoculazione settica già avvenuta della sierosa che dalla 3ª alla 5ª giornata farà esplodere la peritonite la quale renderà frustraneo ogni intervento anche eseguito con la tecnica più perfetta. Un buon drenaggio profilattico del peritoneo potrà soltanto ostacolare o circoscrivere la infezione.

Il Cignozzi (*Trattamento delle lesioni settiche*) ha già svolto ampiamente e magistralmente l'argomento del drenaggio peritoneale curativo e profilattico.

Il capillare provoca aderenze epiploiche ed essudazioni fibrinose che circoscrivono il processo settico. Esso dev'essere applicato nelle zone presumibilmente infette del peritoneo in cui bisogna provocare delle barriere di aderenze benefiche e delimitanti che hanno lo scopo di evitare diffusioni verso la sierosa cavitaria e portare all'esterno le secrezioni. Il Lejars pone come indicazione del drenaggio lo stillicidio sanguigno e lo insudiciamento del peritoneo. Noi quindi possediamo nel drenaggio alla Mikulicz l'unico mezzo per impedire la peritonite diffusa o generalizzata o limitarne gli effetti. Esso non ha solo l'ufficio di circoscrivere la peritonite ma di formare una specie di sacca nella quale in secondo

tempo potranno avere il loro sbocco i prodotti delle eventuali sacche che potranno formarsi ulteriormente. Non ho fatto quasi mai uso del tubo di gomma centrale però ho sempre evitato di trasformare il Mikulicz in tamponaggio stipando solo mollemente le strisce interne di garza; unica attenzione è di applicare il drenaggio nella vicinanza delle lesioni principali laddove più abbondante si è versato il materiale settico. Ma, secondo la mia esperienza il solo drenaggio peritoneale non basta a prevenire lo sviluppo della peritonite o a circoscriverla se a completamento di esso non va aggiunto il drenaggio intestinale preventivo. Il maggior numero di successi posso dire personalmente di avere ottenuto nella mia pratica con la combinazione simultanea dei due drenaggi. Di essi, il primo sbarra e circoscrive le vie della infezione instradando fuori dall'addome le colate di liquido settico, il 2° procurerà il riposo funzionale dell'organo così necessario nella lotta contro la infezione. Se agli effetti sul tubo gastro intestinale di una lesione così traumatizzante qual'è quella di un proiettile che perfori in più punti la parete intestinale, aggiungiamo il notevole traumatismo operatorio (sempre grave anche nelle mani del più provetto chirurgo che pur deve esplorare in toto l'intestino, suturarlo, resecarlo, praticare le opportune anastomosi ecc.) si comprenderà facilmente la inevitabilità della grave paralisi intestinale post operatoria. Essa è dovuta (V. Bufalini, *Fisiopatologia dell'operato*) principalmente ad un riflesso attraverso gli splancnici, ad azione diretta su di essi e ad azioni tossiche sul sistema nervoso centrale. Anche lo stesso drenaggio peritoneale, più per un riflesso inibitore che per azione meccanica contribuisce allo stabilirsi dell'ileo paralitico. Fra le cause tossiche che agiscono sul sistema nervoso centrale è da annoverare la narcosi semplice o mista della quale non si può fare a meno in tali gravi interventi che richiedono la totale eviscerazione ed in cui può non essere sufficiente la rachianestesia.

L'intestino ferito, con la imbibizione sierosa delle sue tuniche dovuta alla sepsi incipiente, maltrattato dalle manipolazioni operatorie, diventa paretico e distendendosi ostacolerà la formazione delle aderenze intestinali ed il potere protettore dell'epiploon che si esercita con tre modalità: trasporto dei leucociti, ripulitura della cavità addominale e potere plastico (Duprè e Ribierre: *Mal. del peritoneo*, nel Trattato di Brouardel e Gilbert). Inoltre le aderenze formate dalla fibrina, che fa accollare i varii organi, sono dapprima fragilissime e si distaccano facilmente con la distensione delle pareti intestinali impedendo così la circoscrizione del processo infettivo intorno al Mikulicz che avremo applicato.

L'ileo paralitico per sè stesso può d'altronde determinare la insorgenza della peritonite generalizzata perchè gli agenti infettivi della cavità intestinale, resi virulenti dalla stasi dei materiali, oltrepassano facilmente la parete intestinale paretica ed alterata nella sua sierosa di rivestimento dalle manipolazioni operatorie, dalle lesioni stesse o dall'inizio della peritonite consecutiva al versamento settico. Il meteorismo, oltrechè impedire od ostacolare la formazione delle aderenze, rappresenta un grave e reale pericolo per la deiscenza delle suture intestinali. Nessuna sutura per quanto tecnicamente corretta potrà resistere ad un grado avanzato di distensione delle anse e la deiscenza non può essere evitata perchè i fili di qualunque materiale essi siano, tagliano facilmente la parete edematosa. Pensiamo inoltre che qualche lesione sia sfuggita all'operatore e che per caso essa possa essere chiusa dall'epiploon o da qualche ansa ad essa aderente, evenienze possibili, dimostrate dalla pratica e da esperimenti notevoli sugli animali; tali aderenze si distaccheranno con estrema facilità quando l'intestino venga a distendersi per meteorismo. Da tutto quanto abbiamo esposto si deduce quanto sia nociva alla guarigione delle lesioni intestinali la paralisi dell'intestino e relativo meteorismo che indubbiamente favoriscono la insorgenza della peritonite e di conseguenza il chirurgo deve cercare di evitarla in linea profilattica o di moderarne gli effetti.

Ed è qui che soccorre il drenaggio intestinale praticato con una limitata enterostomia alla Nelaton.

L'Escher fu il primo ad applicare la sutura alle pareti addominali delle perforazioni tifiche. « Tale metodo ha il vantaggio di prevenire e curare la paralisi intestinale e costituisce la più sicura profilassi contro il pericolo di successive perforazioni (M. Donati: *Chir. dell'addome*).

L'ileo paralitico, scrive il v. Haberer, si stabilisce in ogni forma di perforazione interna nel cavo addominale ed in tutti i processi infiammatorii che si estendono al peritoneo. Il suo trattamento si identifica con quello della peritonite ed entro certi limiti molto si può fare quando a tempo opportuno si pratichi una fistola intestinale ». Già questa come trattamento preventivo dell'ileo paralitico post-

operatorio non può essere ritenuta cosa nuova essendo stata praticata preventivamente in svariati interventi in cui si teme l'insorgenza della paralisi intestinale, ed a maggior ragione crediamo che si debba profilatticamente praticare nelle lesioni intestinali da proiettili. La mia esperienza per quanto limitata mi ha sempre dimostrato che un drenaggio intestinale preventivo è sempre di una sorprendente efficacia come integrazione di un intervento laparatomico per ferite intestinali, liberando esso in continuazione l'intestino dai gas e dai materiali, impedendo il dannoso meteorismo e producendo il riposo dell'organo tanto necessario all'attecchimento delle suture ed alla formazione delle aderenze.

La tecnica da me eseguita è quella indicata dal Lejars cioè taglio alla Mac Burney in una fossa illiaca a distanza dalla ferita laparatomica e dal drenaggio peritoneale. Ho notato che il taglio incrociato dei muscoli agevola molto la chiusura della fistola intestinale mentre sarebbe un grave errore abboccare la ansa in un punto della ferita laparatomica, dove certamente si contaminerebbe il peritoneo. Si potrebbe adoperare per la enterostomia una delle perforazioni intestinali che viene suturata alla cute mentre non si deve tardare ad aprire l'intestino in 2° tempo urgendo ottenere presto la derivazione dei materiali intestinali.

È sorprendente vedere come il ventre si appiana ed il benessere che prova il ferito così operato in confronto di altri cui non è stata praticata l'enterostomia.

La cura postoperatoria deve sopratutto mirare ad evitare l'imbrattamento dello zaffo e della ferita laparotomica da parte dei materiali fecali e ciò sarà ottenuto con le medicature protette dal cerotto di caucciù e carta pergamena ed introducendo un lungo tubo a drenaggio nell'ansa enterostomizzata allo scopo di allontanare i gas ed i materiali. La piccola ferita si chiuderà da sè non appena sarà ristabilito il corso dei materiali fecali per cui è inutile applicare la tecnica di Witzel che secondo l'Haberer si presta facilmente alla chiusura spontanea.

Il drenaggio alla Mikulicz lascia sempre come postumo un laparocele (Stitch e Makkas, *Errori e pericoli nelle operazioni chirurgiche*). Ciò è vero nella maggioranza dei casi, ma un laparocele troverà sempre il chirurgo provetto che consecutivamente lo guarirà mentre in chirurgia di urgenza devesi anzitutto ovviare al pericolo immediato, salvo a curare a tempo debito con nuovi interventi tutti quei postumi che disturberanno la normale funzione dell'intestino tra cui le molteplici aderenze, inginocchiature e spostamenti delle anse.

Sinopoli (Reggio Calabria) giugno 1935.

RIASSUNTO.

L'intervento per ferita d'arma da fuoco dell'addome con lesioni intestinali va completato con il drenaggio alla Mikulicz e con una limitata enterostomia praticata a distanza dalla ferita operatoria allo scopo di prevenire i danni del grave ileo postoperatorio.

CASISTICA E TERAPIA.

Il pasto con peptone, l'istamina e l'insulina nello studio della secrezione gastrica.

Destrec e Godart (*Journ. belge Gast.-Enter.*, t. II, n. 10, dicembre 1934, p. 727) osservano che in questi ultimi anni pare che sia provato che l'insulina ha un'azione sulla secrezione gastrica, la quale consiste in un'ipersecrezione consecutiva ad ipoglicemia. Pare che questa influenza sia legata al sintoma parasimpatico.

Gli AA. hanno fatto delle prove di confronto tra le tre prove, col peptone, con l'istamina e con l'insulina. In quest'ultima si pratica una iniezione di 20 unità di insulina in ammalati a digiuno da dodici ore. Sondando lo stomaco si constata 75-90 minuti dopo l'iniezione un aumento di aridità e spesso anche aumento del volume della secrezione, e se si misura contemporaneamente la glicemia, si osserva che l'iposecrezione corrisponde ad ipoglicemia, quantunque questa non sia indispensabile; il massimo dell'ipersecrezione si verifica dopo un'ora e mezza, due ore.

Facendo dei confronti con le prove col peptone e coll'istamina, si osserva con l'insulina una reazione del meso gastrico identica alla seconda, sebbene più tardiva di questa. Ma se si pratica un'iniezione di atropina per paralizzare i pneumogastrici si sopprime l'azione eccito-secretoria dell'insulina. Ciò conferma l'ipotesi che l'azione della insulina è dovuta all'eccitazione dei pneumogastrici per ipoglicemia, che essa provoca.

JURA.

L'istidina nella terapia gastrica.

L'istidina esercita, su parecchie sindromi dolorose gastro-duodenali dipendenti specialmente dal sistema vegetativo, un'azione analgesica spiccata dovuta al suo speciale tropismo nervoso. Nelle ulceri gastro-duodenali ed in alcune forme di gastrite, oltre a tale azione analgesica, ne ha anche una curativa specifica sulla fase finale del processo anatomico, ser-

vendo da materiale specifico di ricostruzione e di correttore alcalino del chimismo cellulare viziato.

L. Manginelli (*Arch. maladies app. digestif et nutr.*, maggio 1935) ha usato la soluzione al 4 % debolmente acida, praticando iniezioni endomuscolari da 2 cmc. poco prima dei pasti, tutti i giorni per 20-30 giorni e facendo, dopo un breve periodo di riposo un'altra serie di 15-20 iniezioni. L'iniezione generalmente è indolora e non determina reazione locale. Ha usato anche la via endovenosa (in tal caso, la si fa poco dopo i pasti) che, talvolta, ha una netta superiorità di efficacia.

I risultati ottenuti in varie sindromi sono i seguenti.

Ulceri gastro-duodenali. Effetto analgesico rapido ed intenso, scomparsa contemporanea dei sintomi accessori (specialmente il vomito), tolleranza per gli alimenti, per cui non ha mai fatto restrizioni al regime, salvo quelle più elementari, somministrando una dieta mista ed abbondante. Notevole miglioramento dei sintomi obbiettivi e del quadro radiologico. Buoni risultati ha anche ottenuto nelle stenosi benigne del piloro.

Gastriti. Risultati, nell'insieme favorevoli, ma meno pronti e meno costanti.

Nevrosi. L'istidina è nettamente indicata, sia come analgesico, sia per ristabilire l'equilibrio del sistema vegetativo. Notevoli vantaggi si hanno specialmente nelle forme riflesse particolarmente dipendenti da un disturbo della funzione ovarica, per cui l'istidina sembra agire in sinergia con gli estratti ovarici contemporaneamente somministrati.

Colecistiti. Quasi costante l'attenuazione della sintomatologia dolorosa subbiettiva ed obbiettiva.

Tumori maligni. Effetti nulli.

Casi diversi. Risultati molto incoraggianti nella colite ulcerosa e sempre buoni nelle sindromi dolorose di origine riflessa: appendiciti croniche a sindrome gastrica, nefralgie da nefroptosi, algie anali da ragadi ed anche irido-cicliti con ipertensione e glaucoma.

fil.

La secrezione gastrica nei gastrectomizzati.

Praticando il sondaggio gastrico dopo l'abituale pasto di prova in 10 resecati di stomaco Aberklen, Isräel e Froelich (*Pr. Méd.*, n. 16, 1935) hanno rilevato in tutti i casi dell'anacloridria.

Secondo gli AA., l'anacloridria nei gastrectomizzati deriva dalla mancanza della secrezione antrale che eccita le ghiandole del fondo a produrre acido cloridrico.

Tale idea che le nozioni teoriche rendono probabile avrebbe, secondo gli AA., una conferma nei fatti seguenti: in due pazienti operati di pilorectomia con conservazione dell'antro il sondaggio gastrico dimostrava acido cloridrico in eccesso.

Queste concezioni dimostrano, se ve ne è bisogno, la logicità della resezione gastrica nella cura dell'ulcera rotonda.

B. PAGGI.

Considerazioni sopra 44 casi di ulcera piloro-duodenale curati con la duodeno-sfinterectomia.

Brendolan G. (*Rivista di Chirurgia*, n. 2, 1935) riferisce su 44 casi di ulcera piloro-duodenale da lui operati di duodeno-sfinterectomia alla Judd, modificata da Fasiani. La modifica consiste nel fare l'escissione a rombo, invece che a rettangolo. In tutti i casi l'operazione è riuscita facile, rapida e poco traumatizzante, con risultati immediati buoni. L'A. perciò la consiglia caldamente.

G. GENTILE.

Alcuni incidenti della pilorotomia extra-mucosa per stenosi ipertrofica del lattante.

A proposito di due casi capitati alla sua osservazione, Leibovici (*Presse Méd.*, 1934, n. 23) insiste sulla possibilità della persistenza dei vomiti anche dopo una operazione correttamente eseguita durante la quale si è potuto constatare *de visu* la permeabilità del piloro.

Questi vomiti persistenti quando non possono essere imputati ad un'operazione incompleta debbono ritenersi in dipendenza da una ipereccitabilità gastrica e da una intolleranza digestiva.

Un altro incidente possibile nella pilorotomia è la lesione della mucosa dal lato del duodeno. Tale incidente è facilitato da una disposizione del duodeno al livello dell'ispessimento pilorico. Questo viene ad essere spesso sopravanzato nella direzione cardiale da una specie di cul di sacco che il duodeno forma intorno ad esso.

Nella regione dell'anello ipertrofico dal lato duodenale non è difficile non tenendo conto di tale possibilità di aprire il duodeno.

B. PAGGI.

Sulla piloroplastica nel pilorospasmo degli adulti.

Palmen (*Zbl. f. chir.*, IV, 6, 1934) riporta un caso di piloroplasmo idiopatico in una ragazza di 19 anni, operata con successo con un nuovo metodo di piloroplastica. Questo consiste essenzialmente nel praticare un taglio a Y di cui la coda interessa la parete duodenale e le due branche incidono sulla parete gastrica. Si viene così a formare un lembo triangolare di parete gastrica che viene stirato verso il duodeno e suturato in modo che il taglio a Y, dopo la sutura prende una forma a V.

L'A. sconosce che questo metodo fu ideato e praticato con successo dal nostro Durante molti anni fa e viene riferito nel suo Trattato con la denominazione di « plastica gastro-duodenale » ed illustrato con 3 figure in tutto

identiche alle 3 figure che illustrano l'articolo di Palmen. G. PACETTO.

Le cause dell'ileo paralitico.

A. Ochsner (*Schweiz. med. Wochens.*, 26 genn. 1935) così le divide:

I. *Endoaddominali*:

a) Irritazione peritoneale: 1. Traumi (ferite postoperatorie e penetranti); 2. Infezione batterica (peritonite); 3. Cause chimiche (ematoma, perforazione di un'ulcera peptica, peritonite biliare, pancreatite acuta).

b) Disturbi circolatorii: 1. Strozzamento in seguito a distensione, dopo un ileo meccanico extramurale; compressione dei vasi mesenterici; 2. Trombosi delle vene mesenteriche.

II. *Extraperitoneali*:

a) Tossiche: 1. Polmonite; 2. Uremia; 3. Altre cause tossiche.

b) Nervose. 1. Ferite e malattie del midollo spinale; 2. Intossicazione saturnina; 3. Fratture costali, irritazione dello splancnico.

fil.

Un nuovo metodo di cura della colite ulcerosa.

E. Reye (*Mediz. Welt*, 13 luglio 1935) segue il concetto di Nissle, secondo il quale nei malati di colite la normale flora del colon, di cui l'esponente tipico è il b. coli, viene sopraffatta da una serie di germi di putrefazione o patogeni come p. es. enterococchi, streptococchi, piocianeo ecc. Nissle stesso ha preconizzato quindi la somministrazione perorale di capsule gelatinose contenenti la coltura pura di b. coli, allo scopo di normalizzare la flora microbica.

L'A. ispirandosi anche alle osservazioni di Metzger, il quale avrebbe avuto dei buoni risultati nella cura della dissenteria mediante clisteri con acqua di lavaggio dell'intestino di persone sane (attribuiti da Metzger alla presenza di batteriofago in quest'ultime), ha pensato di introdurre il b. coli per via rettale. A tale scopo il batterio isolato da feci di soggetti sani veniva coltivato per 24 ore in brodo; quindi somministrato per clistere insieme a soluzione glucosata (50 cmc. di brodo in 150-450 cmc. di soluzione). Il procedimento ripetuto quotidianamente per 3-7 settimane ha dato degli ottimi risultati in 6 casi di colite ulcerosa grave; rapidamente scomparvero le manifestazioni intestinali e in breve seguiva ripristino delle condizioni generali degli infermi. Va notato che in qualche caso le cure precedenti con terapia ferrica ad alte dosi e trasfusioni di sangue sono rimaste senza risultato.

S. MINZ.

Il trattamento fisico della costipazione.

H. G. Würthl (*Fortschritte der Med.*, 1935, n. 2) consiglia essenzialmente la ginnastica addominale, da farsi come segue:

Corpo svestito, dapprima in decubito orizzontale. Rigonfiare dapprima la parete addominale durante l'inspirazione, in modo da far discendere del tutto il diaframma, retraendola durante l'espirazione. Per fare la ginnastica da soli, collocare sul ventre un sacco di sabbia da 3-5 kg. preventivamente scaldato, il quale esercita una specie di massaggio. Dopo una diecina di tali esercizi respiratori, ripeterli in posizione genu-pettorale e poi in posizione laterale destra e sinistra.

Passare in seguito a movimenti di pedalamento, fatti alternativamente con le due gambe, nel decubito dorsale. Infine, flessioni del tronco, pure in decubito dorsale, espirando durante la flessione ed inspirando della fase di ritorno del torso in addietro.

Il massaggio addominale va riserbato alle forme atoniche della costipazione; si eseguirà stando sdraiati sul dorso, ma col tronco in flessione (mediante cuscini) a 30° e le gambe flesse in modo da rilasciare al massimo la parete addominale.

Per fare cessare lo spasmo, frequente in alcuni costipati, fare una dilatazione prudente dell'ano.

Defecare con le ginocchia mantenute il più alto possibile, cioè con il sedile molto basso o, meglio alla turca (che è la vera posizione fisiologica).

fil.

NOTE DI LABORATORIO.

L'aumento di volume delle emazie nelle malattie epatiche.

B. Melamos (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1935, pag. 209) ha trovato, in 24 su 26 individui con malattia epatica diffusa, aumento del diametro delle emazie che, dal valore medio di 7,4 μ, arriva fino a 8 e 9,7, con una ampiezza di variazione maggiore che normalmente (μ 2,5-2,8). La macrocitosi manca nelle colecistopatie e nei casi di malattia epatica non diffusa. Non risultano rapporti fra l'aumento di bilirubina nel siero ed aumento di grandezza delle emazie.

Non si conosce quale sia la sostanza che provoca tale macrocitosi. L'aumento di grandezza delle emazie, che si osserva nel fegato da stasi (per insufficienza cardiaca) e che si osservò 3 volte su 8 casi non è di origine epatica, ma probabilmente dovuto a sovraccarico da acido carbonico. La macrocitosi non è di origine mielogena, ma si può spiegare con mutamenti fisici dei rapporti di grandezza delle emazie. Fra il quadro sanguigno epatico e quello dell'anemia perniciosa, vi sono delle nette differenze, che depongono contro un'eziologia analoga.

fil.

VARIA

La cucina americana.

Ogni popolo ha i suoi gusti particolari per quanto riguarda l'alimentazione, non raramente comandati dalle necessità e dalla produzione locale. I gusti si tramandano attraverso le generazioni e, specialmente per quelli che non si sono mai mossi dal natìo loco, si fissano in modo tale che ogni piatto diverso dai pochi consueti diventa un intruglio immangiabile ed il piacere dei viaggi viene così spesso turbato da questa inadattabilità a vitti diversi.

Vi sono però delle cucine che, anche per quelli stessi che le usano, riescono sgradite. Così, mentre per esempio gli italiani ed i francesi dichiarano generalmente la rispettiva cucina « la migliore del mondo », non tenendo sempre conto del noto « De gustibus... », vi sono degli altri che criticano acerbamente il vitto del proprio paese. Così è degli americani. È bensì vero che noi talora spalanchiamo tanto d'occhi a leggere nei manuali di dietetica certe ricette culinarie che si usano agli Stati Uniti, ma vi sono degli americani che non esitano a dichiarare abbominevole la propria cucina.

È questo il caso di L. Rowe che, in *American Spectator* fa un curioso confronto fra la cucina americana e quella francese. In Francia, egli dice, si prepara una bistecca di cavallo in modo tale da farvela sembrare il più tenero filetto di bue; in America, si dà alla più pregiata carne di bue il sapore di cavallo. Nella cucina francese, le salse sono così deliziose e la preparazione così magistrale che chi l'assapora crede di mangiare il cibo più raro, anche se si tratta di autentico cavallo. In America, invece, dove la carne di bue è tanto abbondante e poco costosa, si preparano delle « scaloppine » che sembrano suole, su cui si versano dei condimenti, sempre gli stessi, che riducono i piatti più diversi ad un comune denominatore.

Non vi sono altri esseri umani (salvo gli eschimesi e gli inglesi) che possano sopportare alla lunga una cucina così scipita, così monotona, così disperatamente insipida come quella che ammanniscono i cuochi americani, per cui si rende necessario insaporire i cibi con dei profumi standardizzati ed imbottigliati.

Il principio fondamentale della farmacologia medioevale era quello che più disgustoso era il medicamento, più lo si credeva efficace. Analogamente, aggiunge argutamente l'A., fanno i produttori di « mangime » per gli americani: più un piatto è ignobile, più lo si deve ritenere sano. E gli americani, anche se si tratta di un *paté*... di gatto, lo mangiano con solennità, purchè siano sicuri che esso contiene le quattro vitamine cardinali, le calorie regolamentari, gli ormoni più o meno sessuali come pure la quantità di raggi ultravioletti prescritte dal ministero dell'igiene. Un prezzo fantastico ed un impacchettamento moderno rinsaldano la convinzione.

Viceversa, gli americani come gli inglesi ci tengono a mostrare un'estrema correttezza nel mangiare, ma non è cosa che si possa incondizionatamente invidiare. La completa mancanza di gusto per quello che si mangia dà la possibilità di non occuparsi di quanto s'ingoia e, quindi di sorridere — per non tradirsi — nel momento in cui il boccone corrosivo passa dalla faringe nell'esofago... *fil.*

COMMENTI.

A proposito del trattamento moderno della schizofrenia.

Nella rubrica « Appunti per il Medico pratico » del *Policlinico*, Sezione Pratica, 9 settembre 1935 è apparso un breve articolo sul trattamento moderno della schizofrenia. Dopo l'enumerazione dei vari metodi curativi preconizzati la cui molteplicità stessa è indice della loro generale inefficacia vengono brevemente esposti i risultati molto soddisfacenti ottenuti col metodo piroterapico e ormonoterapico associati secondo le indicazioni del Giehm (*Mediz. Klinik*, 26 aprile 1935).

Sembra a me doveroso ricordare che accanto a questo metodo curativo non deve essere ignorato quello preconizzato dal Boschi coll'impiego di iniezioni endorachidee di acqua bidistillata e di fenolsulfonftaleina. Tale metodo, che trova la sua ragione di essere nelle più moderne acquisizioni specialmente italiane sulla fisiopatologia del liquor, fu sperimentato da Montemezzo e Telatin nella cura di psicosi e di neuropatie. Il Cabitto, primario dell'Ospedale Psichiatrico di Novara, nel corrente anno riferiva gli ottimi risultati dell'applicazione del metodo di Boschi su 35 schizofrenici. Entrambi questi lavori sono pubblicati sul « *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia* », rispettivamente del '33 e del '35. La tecnica è semplicissima e consiste essenzialmente in un prelievo di circa 10 cmc. di liquor cui segue un'immediata introduzione negli spazi subaracnoidei midollari di 3-5 mmg. di fenolsulfonftaleina sciolta in mezzo alcalino opportunamente dosato. Dettagli di applicazione del metodo sono largamente dilucidati nei suddetti lavori.

Essendo il citato scritto del *Policlinico* in sostanza una recensione, del resto pregevolissima, che in certo qual modo è anche, per l'enumerazione dei vari metodi proposti recentemente, una messa a punto della questione, mi è sembrato utile, dato che si tratta anche di appunti pel medico pratico, far presente il recentissimo metodo sopra indicato affinchè, appunto ai fini pratici, ne siano a conoscenza i Sanitari che si trovassero ad intervenire in questa grave psicopatia.

A. MONTEMEZZO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

IMPERIA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Proroga al 28 ottobre, ore 18, al concorso di direttore del Consorzio e del Dispensario Provinc.; stip. L. 19.000 aumentabile a L. 21.000 oltre L. 5200 indenn. serv. att.

NARDÒ (Lecce). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Concorso, per titoli, al posto di Primario Chirurgo. Stipendio L. 14.000 annue (lorde del 12 % e delle altre ritenute come per legge); compartecipazione del 40 % dei proventi operazioni a pagamento. Età massima anni 40 salvo le eccezioni di legge. Sei anni di aiuto o assistente effettivo presso Cliniche Universitarie od Ospedali di almeno 500 letti. Laurea conseguita da almeno 10 anni. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 20 ottobre 1935-XIII. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Nardò.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Proroga al 30 dicembre, ore 18, del concorso a primario dermosifilopata.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con D. M. del 24 settembre il **prof.** sen. Nicola Pende è chiamato alla cattedra di patologia e propedeutica clinica della R. Università di Roma.

Ce ne compiacciamo vivamente con l'illustre clinico e scienziato, cui dobbiamo un insieme di studi fondamentali ed organici sull'endocrinologia e sul costituzionalismo e che ha creato l'odierno movimento bio-tipologico, il quale ha avuto largo seguito anche fuori d'Italia.

La Commissione giudicatrice del concorso a premio della « Fondazione Ferrero di Cavallerleone pro ufficiali medici del R. Esercito in S. P. E. » per il quadriennio 1928-32 ha ritenuto meritevole del premio il ten. col. medico Nicola Bruni, per la monografia « Igiene Militare ».

Memento :

Agli abbonati che volessero fruirne, rammentiamo che per ottenere in porto franco, nel Regno o nelle Colonie Italiane,

per sole Lire **40** anzichè Lire **60** le

Lezioni di Clinica Medica

del Prof. CESARE FRUGONI

volume in-8°, di pagg. XII-606, niditamente stampato su ottima carta, con 46 illustrazioni nel testo, essi debbono farci pervenire **subito** le predette L. **40**.

Per l'estero, alle L. 40, vanno aggiunte L. 10 per le maggiori spese occorrenti per la spedizione raccomandata.

Per risparmiare la tassa del *Vaglia*, le predette L. 40 possono essere anche versate, senz'altra spesa, nel nostro Conto corrente Postale N. 1/5945 mediante l'occorrente *Bollettino* che fornisce gratis l'Ufficio di Posta.

L'ordinario Vaglia Postale a tassa, dovrà invece essere indirizzato all'editore LUIGI POZZI, Roma, Via Sistina 14, oppure presso l'Ufficio Postale succursale diciotto, Roma.

N. B. — Sul polizzino del *Vaglia* o del *Bollettino* di Conto corrente, applicarvi la fascetta *comprovante la qualità di abbonato* al « Policlinico », **ai quali soltanto è concessa detta eccezionale agevolezza.** Le richieste che gli abbonati ci facessero pervenire altrimenti, non potranno beneficiare della eccezionale riduzione soprumenzionata.

AVVERTENZA. — *Si tenga presente che la speciale sumenzionata riduzione,* **resterà in vigore fino al 30 novembre.**

NOTIZIE DIVERSE

Le condizioni sanitarie in Africa Orientale.

Il sen. Castellani che, come è noto, è stato nominato Alto consulente sanitario per l'Africa Orientale, ha fatto all'« Agenzia d'Italia » le seguenti dichiarazioni:

La salute delle truppe e degli operai italiani che si trovano nell'Africa Orientale, è eccellente.

Il numero, infatti, dei malati, rispetto alla massa di nostri connazionali che sono oggi in Somalia e in Eritrea, si può dire proporzionalmente eguale a quello che caratterizza le condizioni sanitarie della popolazione del Regime.

Nelle zone basse dell'Eritrea e in alcune parti della Somalia si son dati casi di malaria, di dissenteria e di colpi di calore, ma tali casi sono in verità assai pochi e, generalmente, si presentano a tipo leggero.

I risultati ottenuti nell'opera di prevenzione e di cura di queste malattie endemiche nei tropici, sono dunque al di sopra, si può dire, di ogni normale previsione.

Merito, soprattutto, della organizzazione, veramente meravigliosa, che il Governo fascista ha voluto e saputo attuare nel vasto e complesso campo dei servizi sanitari dell'Africa Orientale. Va segnalato, a questo proposito, che nessun medico è mobilitato nelle Colonie se prima non ha compiuto un tirocinio intensivo nella clinica delle malattie tropicali e subtropicali che il Duce, con la preveggenza del genio, volle fondata a Roma tre anni or sono.

Tutti i nostri soldati e tutti i nostri operai sono stati vaccinati contro il vaiolo, il tifo, il paratifo A il paratifo B e già si è iniziata anche la vaccinazione contro il colera, per semplice misura precauzionale, perchè finora nessun caso di tale morbo si è verificato nelle regioni costiere del Mar Rosso.

Inoltre, così come i soldati, gli operai sono stati provveduti di un elmetto o casco per prevenire i colpi di calore, nonchè di una fascia speciale, allo scopo di preservare l'addome da eventuali raffreddamenti, che potrebbero essere nel clima africano, particolarmente nocivi.

Ho citato queste provvidenze, per dare una idea della cura e della premura assidua, affettuosa, vigile che l'Italia dà a questi suoi valorosi figli, che servono, con tanto devoto amore, in terra d'Africa. Ma esse non sono, naturalmente, le sole, che caratterizzino l'azione dei servizi sanitari.

Desidero prima di concludere questa mia breve dichiarazione, dire alle famiglie dei nostri magnifici soldati e dei nostri eccellenti operai di essere perfettamente tranquille sulla salute dei loro cari, perchè nessuna tutela, nessuna difesa potrebbe essere più efficace e più benefica di quella che ad essi prodiga il Governo fascista.

Onoranze messicane a due chirurgi italiani.

Il 3 ottobre S. E. Vasconcelos, Ministro del Messico presso il Quirinale, ha rimesso nella sede della Legazione in Roma le insegne di Accademici corrispondenti esteri dell' *Accademia Mexicana de cirugia* ai proff. Roberto Alessandri e Raffaele Bastianelli.

Alla cerimonia sono intervenuti vari membri

del Corpo diplomatico accreditato presso la Real Corte, tra i quali particolarmente numerosi quelli dell'America latina, un rappresentante della Reale Accademia d'Italia, il segretario dell'Accademia mexicana de cirugia, dott. Manzanilla, e l'Accademico messicano Esnaurizzar, alti funzionari dei Ministeri degli Affari Esteri, della Stampa e Propaganda e dell'Educazione Nazionale e personalità romane del campo scientifico e medico.

Il Ministro del Messico ha pronunciato un vibrante discorso, esprimendo la sua grande soddisfazione personale per l'atto che stava per compiere, in quanto esso determina più strette e cordiati relazioni fra gli uomini di scienza al di là e al di qua dell'Oceano Atlantico. E non solo poichè si trattava di onorare due notevoli figure del mondo scientifico, ma poichè si trattava di italiani, « figli di questa amata terra, quella della nostra civiltà e nucleo creatore e ispiratore del genio latino — ha concluso il Ministro — di due figli dell'Italia grande nel passato, grande nel presente e grande nell'avvenire per le virtù civiche dei suoi uomini di ieri, di oggi e di domani ».

S. E. Vasconcelos ha poi consegnato le insegne accademiche al prof. Alessandri, il quale ha preso la parola anche a nome del prof. Bastianelli indisposto, ringraziando l'Accademia messicana di chirurgia e il Ministro del Messico, per aver voluto rimetter loro le insegne accademiche ufficialmente con la odierna cerimonia solenne.

Ha rivolto anche un ringraziamento ai due delegati dell'Accademia messicana, venuti apposta in Italia ed ha ricordato come nella sua qualità di Presidente della Società italiana di chirurgia egli abbia cercato di favorire quanto più gli è stato possibile lo stabilirsi di legami scientifici ed amichevoli tra la Società Italiana e l'Accademia del Messico.

Gli oratori sono stati entrambi vivamente applauditi.

10° Congresso internazionale di storia della medicina.

Si è tenuto a Madrid dal 23 al 29 settembre, sotto il patronato del Presidente della Repubblica Spagnuola. Il Congresso, al quale sono intervenuti delegati di molti paesi, ha offerto agli investigatori e studiosi di storia medica un esteso assortimento di materiale a scopo di studio. Si è rivolta speciale attenzione ai soggetti seguenti: La medicina araba in Spagna; La medicina in America durante la scoperta e la colonizzazione; il folklore medico nei Paesi civilizzati ecc.

Vi hanno partecipato circa 350 congressisti provenienti da tutte le parti del mondo. La Sessione inaugurale del Congresso avvenne in Toledo, con grande solennità, nell'Ospedale della Santa Croce. In tale occasione il prof. sen. Davide Giordano, da vero umanista, nella sua qualità di presidente della Società Internazionale della Storia della Medicina, rivolse il saluto ai congressisti con una smagliante orazione in latino.

I medici italiani iscritti al Congresso superarono la trentina, molti dei quali presero parte attiva ai lavori del Congresso. Il prof. Capparoni (Roma) che, durante la seduta privata della Società Italiana della Storia della Medicina, aveva ricordato con nobili ed elevate parole il prof. Bilancioni, recentemente scomparso, aprì i lavori della prima Seduta scientifica, della quale tenne anche la presidenza, svolgendo un'importantissima relazione sulla medicina araba alla fine del XIII secolo e sui medici che meglio la rappresentarono; relazione che riscosse calorosi applausi da parte dell'intera assemblea. Il prof. Castiglioni (Trieste), oltre ad aver tenuto una pubblica conferenza su: « Pagine di storia del pensiero medico mediterraneo », che fu molto applaudita, trattò del folklore medico italiano, della sua importanza e del metodo da tenersi nello studio di esso. A questo argomento portarono un contributo il dott. G. M. Nardi (Firenze), trattando ed illustrando ampiamente la medicina popolare toscana in rapporto a quella etrusca, e il dott. Latronico (Lecco), soffermandosi diffusamente sul folklore medico lombardo. I dottori Bazzocchi (Bologna) e Mazzini (Imola), vissuti a lungo nell'America del Sud, illustrarono il primo la medicina delle trapanazioni incaiche, il secondo la medicina nel Cile prima della conquista. Il prof. Piccinini (Milano) riferì su Andrea Bacci Elpidiano e il prof. Nisio (Bari) sui pionieri urologi della Puglia antica e moderna. Il dott. Canezza (Roma), intervenne efficacemente nella discussione sull'uso ed il trasporto della china.

Una sezione importante del lavoro del Congresso è stata un'esposizione di manoscritti, documenti, libri ed altro materiale avente relazione ai soggetti in discussione. Interessantissima la collezione del Museo di Storia della Medicina Wellcome di Londra.

I congressi medici di Bologna.

Il 1° ottobre, presente l'on. Lantini, sottosegretario di Stato alle Corporazioni, in rappresentanza del Governo, venne inaugurata la serie dei Congressi medici, con il Congresso della previdenza sociale.

La cerimonia si è svolta nella sala grande dell'Archiginnasio, aula delle sedute plenarie, tutta pavesata di vessilli e di gonfaloni scortati da valletti, alla presenza di una eletta folla. Parlarono il Commissario prefettizio del Comune di Bologna presidente del comitato ordinatore dei Congressi e delle mostre, il Federale e quindi il Sottosegretario alle Corporazioni on. Ferruccio Lantini, il quale ha dichiarato aperti ufficialmente i Congressi. Da ultimo l'on. Bruno Biagi, presidente dell'Istituto Nazionale della Previdenza sociale, ha tenuto la prima relazione in programma trattando dell'« Orientamento del diritto corporativo nei rapporti della medicina e dell'igiene sociale ».

L'on. Lantini ha inaugurato poi la mostra internazionale del libro di medicina e la mostra dello strumento medico chirurgico, organizzate e preparate nei suggestivi loggiati dell'Archiginnasio, la storica sede del millenario Studio Bolognese.

Nel pomeriggio e nel giorno successivo furono tenute le relazioni dei proff. G. Pisenti, N. Castellino (pronunziata dal prof. Giannini), L. Devoto, E. Morelli, C. Giannini, Parodi e F. Bocchetti, P. Gaifami.

I lavori furono riassunti dall'on. Biagi; infine il prof. Petragnani, direttore generale della Sanità, si compiacque dei risultati del Congresso.

Il 1° Congresso della Società Italiana di Chirurgia riparatrice, plastica ed estetica avrà luogo il 24 ottobre a Bologna, sotto la presidenza onoraria dei proff. Alessandri, Paolucci e Perna. L'inaugurazione avverrà nella sala anatomica dell'Archiginnasio; e le comunicazioni individuali si svol-

geranno probabilmente in una sala della R. Clinica chirurgica gentilmente concessa dall'on. prof. Paolucci. I cultori della specialità che intendono presentare comunicazioni, sono pregati di inviarne il titolo con un breve riassunto al prof. A. Manna, via Nazionale 87, Roma. Per eventuali facilitazioni ferroviarie, tessere e per altri chiarimenti riguardanti gli alloggi, rivolgersi al dott. A. Gallassi, via A. Zannoni 46, Bologna.

Di altri congressi ci riserviamo di parlare nei prossimi numeri.

Congressi vari.

Il 5° Congresso di chimica biologica si terrà a Bruxelles dal 23 al 25 ottobre; sarà riservato alla discussione dei seguenti temi: La concatenazione dei processi enzimatici nel tessuto muscolare; Il meccanismo della respirazione intracellulare; I metodi fisici applicabili in biologia. Quote: per le società e per le ditte industriali: membri onorari 500 franchi, membri effettivi 250; per i privati: membri onorari 250 franchi, membri effettivi 100. È organizzata una mostra e sono previste escursioni. Per il programma rivolgersi al prof. H. Van Laer, boulevard Maurice Lemonnier 132-*a*, Bruxelles.

Si è riunita a Basilea la V Conferenza Internazionale di Pediatria Preventiva destinata a far convergere lo studio di pediatri eminenti d'ogni paese sopra due temi di alta importanza sociale riguardanti: 1) la « lotta contro le malattie infettive negli ospedali per bambini » (edilizia ed utilizzazione degli ambienti ospedalieri); 2) la « tubercolosi nella scuola ».

Hanno partecipato ai lavori della conferenza con apprezzate comunicazioni il prof. G. Frontali, direttore della R. Clinica Pediatrica di Padova e il prof. O. Nuzzi, ispettore dell'E. N. F. della Mutualità Scolastica; presente anche l'on. Lanzillo, presidente dell'Ente stesso. Essi hanno posto in evidenza quanto nella profilassi antitubercolare nella scuola e per mezzo della scuola è stato fatto dall'Italia fascista.

Il prof. Frontali è stato nominato a far parte del Comitato composto di cinque membri, che ha formulato le conclusioni della Conferenza nei riguardi della profilassi antitubercolare nella scuola. Egli pure è stato pregato dalla Conferenza unanime di organizzare insieme col prof. Pincherle, direttore della R. Clinica Pediatrica di Bologna la prossima Conferenza Internazionale che avrà luogo in Italia.

A San Sebastiano (Spagna) si è svolto dal 27 al 30 luglio il 7° Congresso della Società internazionale di talassoterapia, cui intervennero 250 congressisti; il Governo italiano aveva delegato a rappresentarlo il prof. Francesco Delitala; erano anche presenti i proff. De Francesco, Magrossi, Zanoli. Il Delitala ha, tra l'altro, ricordato il pioniere della talassoterapia in Italia: Giulio Ceresole.

Nei giorni 11-13 settembre si è riunito a Plombière les Bains, un Congresso per la discussione di argomenti riguardanti le coliti. Il congresso presieduto dal prof. Carnot ha trattato ampiamente il tema all'ordine del giorno, da vari punti di vista: etiologico, patogenetico e terapeutico.

Rappresentava l'Italia, in sostituzione del prof. C. Frugoni, il prof. P. Alessandrini, il quale nella seduta inaugurale ha parlato dei vincoli di comunità italo-francese oltre che nel campo politico anche nel campo scientifico riscuotendo gli applausi unanimi dei congressisti. Fra gli italiani, oltre al prof. P. Alessandrini, erano presenti i dottori A. Strumbalo, G. Alberti ed altri.

Il Comitato organizzatore delle dodicesime Giornate dentarie di Parigi informa che questo Congresso internazionale si svolgerà dal 21 al 24 novembre, nei locali della Scuola odontotecnica (rue Garancière 5, Paris VIe). Il Comitato rivolge un caldo appello ai medici pratici, affinchè partecipino numerosi a questa manifestazione. Una riduzione del 40 %, al netto da ogni imposta, sulla rete ferroviaria francese, è accordata ai colleghi e loro famiglie. A tale scopo rivolgersi a: M. René Sudaka, secrétaire général des XIIes Journées dentaires de Paris, avenue Emile Zola 143, Paris XVe.

Azioni giudiziarie.

La V Sezione del Consiglio di Stato, su un ricorso in tema di nomina di medici condotti, in accoglimento degli argomenti sostenuti dall'avvocato Augè Alberto, ha emesso una decisione che ha speciale importanza per la sua vasta applicazione.

Ha cioè affermato il principio che, anche qualora il bando di concorso per medico condotto abbia in proposito una disposizione imprecisa, l'età del concorrente il quale abbia prestato o presti servizio in altre condotte non è soggetta a limiti, perchè tale è la precisa e chiara norma dettata dal Regolamento generale.

Indipendentemente da questa agevolazione, gli ex-combattenti godono di un'elevazione di 5 anni sul limite massimo di età stabilito in via generale, poichè questo beneficio, inizialmente concesso per i concorrenti agli impieghi statali, venne poi esteso a quelli che aspirano agli impieghi degli Enti locali.

Al Tribunale di Birmingham (Inghilterra) è in corso un'azione giudiziaria contro un certo Ernest Peace Freeman che, giunto nella città lo scorso anno, si spacciò per il dott. Louis Rabinov, nome che corrisponde ad un medico esercente in Melbourne (Australia); acquistò un gabinetto medico, e poi lo rivendette — guadagnandoci — ad un medico, per 660 sterline (circa 40.000 lire it.). L'acquirente venne a sapere che una fornitura di medicinali e di presidî, cedutagli insieme col gabinetto e dell'importo di 13 sterline, non era stata pagata; perciò egli intentò causa e in istruttoria è emersa tutta la frode. Risulterebbe, tra l'altro, che il Freeman ha frequentato abusivamente un corso di ostetricia, al Dudley-road Hospital, ed ha esaminato delle donne. Il fatto strano è che egli possiede un albergo, il Royal Marine Hotel, a Cowes: le sue malefatte non trovano spiegazione in bisogno di denaro.

Un po' dovunque.

Il 10 settembre ebbe luogo a Bologna, nella sede del Rettorato, la cerimonia per la costituzione del Consorzio interprovinciale universitario, allo scopo di provvedere al maggiore incremento degli studî superiori mediante la concessione di contributi per l'acquisto di materiale scientifico e didattico e per ricerche di particolare interesse. La convenzione avrà la durata di 50 anni; possono accedervi enti e privati.

Nell'Istituto d'Igiene Sociale di Barcellona è stato inaugurato un Dispensario antivenereo; alla cerimonia assistevano molte autorità sanitarie.

Il 30 giugno venne inaugurato ad Avana un Ospedale municipale per l'infanzia, sontuoso edifizio di 6 piani, capace di 166 pazienti; la costruzione venne iniziata nel 1930; il costo è stato di circa 5 milioni di lire it.

Il prof. Gilbert Sourdille aveva presentato, in febbraio, le dimissioni da direttore della Scuola di medicina di Nantes; ma ora le ha ritirate, essendo stato ottenuto l'accoglimento di vari voti, e cioè la costruzione di due cliniche pediatriche, l'una medica e l'altra chirurgica, e l'avviamento alle cliniche urologica, neurologica e oto-rino-laringologica, sotto forma di consultazioni cliniche nei servizi dell'« Hôtel-Dieu ».

L'Unione sovietica ha iscritto 16.000 nuovi studenti in medicina. Due Scuole di Mosca, che avevano annunziato 750 e 930 posti liberi, riceveranno 1600 e 1500 iscrizioni.

In Germania dopo l'avvento del nazismo al potere, nel 1933, il numero degli studenti universitari si è ridotto da 116.000 a 77.000, cioè in misura di 33,41 %. Il bollettino ufficiale del Ministero dell'Educazione, che reca questi dati, non dissimula il carattere preoccupante di tale spopolamento; ma ne mette anche in evidenza gli aspetti favorevoli, poichè ne deriva una diminuzione della pletora che si era determinata nelle professioni liberali. Il fenomeno tende ad accentuarsi, poichè le nuove immatricolazioni si sono ridotte da 14.000 nel 1933 a 7000.

Il decano della Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires, prof. Rafael Bullrich, nel discorso inaugurale dell'ultimo anno accademico (riportato in « Semana Méd. », 11 apr. 1935) ha rilevato che nella Repubblica Argentina, che conta una popolazione di 12 milioni di abitanti, si diplomano ogni anno 600 medici, mentre nel Belgio, con una popolazione di poco inferiore, si trova eccessivo il numero di 300 nuovi medici l'anno. Il Bullrich invita le Facoltà mediche della Repubblica ad un'azione collettiva, per limitare il numero delle iscrizioni e rendere più rigorosi gli studi per il conseguimento dei diplomi di medico e di dentista.

In Inghilterra la proporzione di medici è aumentata da 1 ogni 1514 abitanti nel 1881 a 1 ogni 881 abitanti nel 1934.

Sono partiti per gli Stati Uniti d'America ventisette tra giovani studenti e studentesse italiani che hanno vinto borse di studio presso le più importanti Università e Collegi americani per l'anno accademico 1935-36.

Tale scambio tra studenti, che viene curato da anni dalla Direzione degli Italiani all'Estero, sta ottenendo sempre maggiore successo e già cominciano a giungere in Italia gli studenti americani che seguiranno i corsi presso le nostre Università di Milano, Roma, Padova, Siena, Firenze.

Un numeroso gruppo di medici svizzeri ed ungheresi convenuti a Montecatini Terme hanno voluto esprimere al Duce, « in questo momento di particolare sensibilità politica », la propria ammirazione per l'Italia fascista ed « i loro sinceri voti e tutta la loro fiducia nei grandi e sacri destini della nobile Nazione Italiana saggiamente guidata verso mète luminose e fulgide ».

Un gruppo di medici svedesi, diretti dal prof. Grill di Upsala, ha visitato la stazione termale di Vichy in Francia.

In Germania si è determinata una riduzione sensibile nelle spese di pubblica assistenza: nell'anno finanziario 1932-33 esse ammontarono a 2717 milioni di marchi; nel 1933-34 discesero a 2484 milioni; nel 1934-35 i dati provvisori segnano un'ulteriore riduzione, di 500 milioni incirca. Evidentemente gli assistiti devono concorrere sempre di più a sostenere le spese di assistenza, anche se poveri, e ciò a causa della crisi degli enti assistenziali.

La denuncia del cancro è stata resa obbligatoria in Jugoslavia da una circolare del luglio scorso emanata dal Ministro della Salute pubblica. La richiesta era stata fatta dalla Società jugoslava per la lotta contro il cancro.

Il ministro francese della sanità pubblica e dell'educazione fisica, Ernest Lafont, ha ricevuto il segretario generale aggiunto della Confederazione dei sindacati medici francesi, dott. Hilaire, ed ha esaminato con lui le condizioni in cui le riduzioni di onorari medici potranno essere accentuate, là ove i sindacati ne hanno già ammesso il principio, e generalizzate nel resto della Francia. In attesa che la Confederazione prenda posizione, il ministro ha deciso di pregare i prefetti affinchè vogliano esaminare d'urgenza, con i sindacati locali, le misure che dovranno essere attuate.

I giornali recano: Il cittadino britannico Purves è riuscito a ottenere dal Negus il consenso di far funzionare un servizio di ambulanze britanniche da campo, insieme col permesso di percorrere liberamente il Paese.

L'Azienda del chinino di Stato ha introitato nell'esercizio 1933-34 L. 15.224.617; ha speso L. 8.739.859; ne deriva un avanzo di gestione di L. 6.484.758.

È stata costituita in Argentina una Commissione permanente della Farmacopea Ufficiale, sotto la presidenza del dott. Ignacio Imaz. Comprende 5 sottocommissioni: medicina; chimica; biologia; materia medica vegetale e animale; redazione, nomenclatura e revisione generale.

In Germania per i nuovi libri e per i periodici venduti all'Estero si è stabilita una riduzione del 25 %.

Il fascicolo V (settembre) di « Acta Medica Italica » è riservato all'ematologia ed all'emotrasfusione in Italia; reca cenni storici; riporta un capitolo del libro di A. Ferrannini sulle priorità italiane; prospetta e documenta la produzione italiana; raccoglie gli atti del 1° Congresso italiano dell'A. V. I. S. e riferisce l'organizzazione di tale associazione; descrive alcuni strumenti per l'emotrasfusione. Risulta di 116 pagine ed è posto in vendita per L. 10, a benefizio degli Orfani dei Medici caduti in guerra.

Si è celebrato recentemente a Vienna, da allievi ed estimatori, il 70° compleanno dell'eminente chirurgo prof. Julius Schnitzler, che ha dovuto or è poco ritirarsi dall'insegnamento, in

seguito al nuovo limite stabilito in Austria per i professori universitari.

Il prof. Ludolph Brauer, che fu a lungo clinico medico ad Amburgo, ha celebrato il 1° luglio il suo 70° compleanno. Egli è noto per i suoi contributi alla terapia della tubercolosi e della pericardite adesiva (toracoplastica, cardiolisi ecc.) e per le sue prove funzionali dei polmoni e del cuore. Ha saputo ottenere ingenti contributi di filantropi per la fondazione di un istituto di tisiologia, di un laboratorio sul metabolismo (con cucina dietetica), di un istituto sulla fototerapia, di un istituto per le ricerche mediche sull'aviazione ed altri.

Il commissario del popolo per la salute pubblica dell'U. R. S. S., G. N. Kaminsky, ha ricompensato con la somma di 3000 rubli per ciascuno, quattro « grandi scienziati », professori della Prima Università di Leningrado, per celebrare il 35° anniversario della loro attività didattica: G. F. Lang, di medicina interna; K. K. Skrobansky, di ginecologia e ostetricia; W. W. Tchirkowsky, di oftalmologia; W. F. Martynoff, di chirurgia.

È stato inaugurato un monumento, in Abano Terme, a Pietro d'Abano, medico e filosofo medioevale. Per la Facoltà medica di Padova parlò il prof. Gasbarrini; tenne il discorso ufficiale il prof. Castiglioni.

Registriamo l'assassinio del dott. Rinaldi, di Piazze, il quale si era dedicato alla cura delle lesioni articolari croniche con un metodo di cui conservava gelosamente il segreto, che ha portato nella tomba. Piazze, un piccolo comune in provincia di Siena, era diventata la meta di sofferenti di ogni rango. Il Rinaldi era considerato un taumaturgo. Egli aveva curato con successo eminenti personalità, tra cui Arturo Toscanini, che guarì di una tormentosa artrite della spalla destra, la quale gli impediva di dirigere le orchestre. Non si conosce l'assassino, nè il motivo che l'ha indotto al delitto.

Per un infortunio automobilistico è morto, a 76 anni, il prof. Pierre Ménétrier, noto per i suoi studi sul cancro sperimentale e sugli stati precancerosi, nei quali egli vedeva dei processi infiammatori, concezione che gli venne molto contrastata. Aveva insegnato, a Parigi, storia della medicina e in questo campo aveva conseguito un largo successo. Nel 1930 fu presidente dell'Accademia di Medicina di Parigi. Era dotato di memoria prodigiosa.

M. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 9 settembre al 15 settembre: Morbillo 125 (306); Scarlattina 142 (294); Pertosse 87 (206); Varicella 43 (67); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 557 (1240); Infezioni paratifiche 89 (145); Febbre ondulante 31 (40); Dissenteria 22 (35); Difterite e croup 200 (362); Meningite cerebro-spinale epidemica 2 (2); Poliomielite anteriore acuta 14 (19); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 7 (10); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 39 (55), dichiarata 1 (1); Pustola maligna 36 (43).

MARIANO LUIGI PATRIZI.

(Recanati, 23 sett. 1866 — Bologna, 9 sett. 1935).

Mariano L. Patrizi scompare non avendo ancor compiuto il 69° anno d'età, quasi improvvisamente. Pochi nella stessa Bologna sapevano del manifestarsi e del rapido aggravarsi del male, ch'Egli sopportò con grande serenità: sentì l'avvicinarsi della fine non appena ebbe contezza della malattia, e può dirsi rifuggì dal soccorso dell'arte medica; non volle opporsi alla fatalità, e attese la morte senza mai dar segno di temerla, anzi invocandola nei momenti delle più acute sofferenze.

Scienziato e divulgatore di scienza, fu per questo lato un genuino continuatore del suo Maestro, Angelo Mosso. Continuatore ed amplificatore nell'opera di studioso della fatica umana, non solo ricercò sui fenomeni che accompagnano il lavoro muscolare e sperimentò con nuovi metodi il comportarsi in esso del cuore e della meccanica respiratoria, lo svolgersi della curva di fatica per determinate sostanze e per i diversi principii alimentari ed alimenti; ma estese l'indagine al lavoro cerebrale: ebbe l'indiscutibile e grande merito di introdurre perfezionati metodi grafici nello studio non facile delle manifestazioni della mente; e di qui vennero le proposte di applicazioni alla fisiologia sociale per saggiare le facoltà di attenzione, della rapidità di percezione e di altri più complessi atti psichici, della facilità alla stanchezza mentale negli operai, nei conduttori di veicoli celeri e così via. Le principali notizie ed esperienze sono raccolte in « Braccio e Cervello » dedicato a Pietro Albertoni, e nel più recente lavoro « Ancora cimenti e risultati nello studio della fatica muscolare e nervosa » presentato all'Accademia d'Italia dal suo illustre amico Filippo Bottazzi.

Ma l'opera sua di fisiologo *strictu sensu* non si esaurisce nello studio del lavoro muscolare e mentale: basta infatti ricordare la lotta per la « irrealità » dei centri cortico-cerebrali, le esperienze per l'interpretazione dei fenomeni da emiscerebellazione, e quelli sull'esistenza di un centro inibitore respiratorio, e quelle sull'ormone vagale di Loewi, sulle funzioni vasomotorie nell'adulto e nel neonato, e su manifestazioni del sonno ibernante; e si potrebbe continuare.

Psicologo, il primo successore di Cesare Lombroso nella Cattedra di Antropologia criminale di Torino, che poi lasciò per tornare alla Cattedra modenese di Fisiologia, il vincitore del concorso per la Psicologia Sperimentale a Napoli, l'officiato a coprire la Cattedra dello stesso nome in Roma, a questo che egli considerava un ramo della fisiologia, portò contributi e originali idee discendenti dalle convinzioni del fisiologo; dalla sua teoria del neuromione che afferma l'impossibilità di scindere nei due neuroni anatomici l'unità funzionale dell'arco diastaltico, di separare cioè l'azione dello stimolo dalla immancabile reazione attraverso una più o meno complicata catena di centri nervosi; dal neuromione e dalla provata inibizione dei centri nervosi superiori sugli inferiori, viene la teoria della « monogenesi del delitto »: tutti possono delinquere; l'ereditarietà, l'imperfezione fisica, l'educazione, i particolari stati d'animo, hanno importanza solo in quanto rendono più o meno vigili i centri superiori.

Qui è acconcio ricordare le *nuove vedute* nella critica d'arte, che sollevarono tante ed aspre polemiche: l'artista riflette nella sua produzione la propria mentalità, il proprio animo. Il « Leopardi », il « Caravaggio », il « Leon Battista Alberti » purtroppo rimasto incompiuto per il sopravvenire della morte, segnano le pietre miliari di questa battaglia.

Storico della medicina, rivendica al bolognese Francesco Maria Grimaldi la scoperta del suono muscolare, illumina con maestria impareggiabile l'opera fisiologica di Giovanni Alfonso Borelli, di Lazzaro Spallanzani, richiama l'attenzione sul fatto che il primo fenomeno di inibizione fu osservato da Luigi Galvani (« incantesimo del cuore » per puntura del midollo spinale nella rana).

Oratore e *scrittore* dei più brillanti ed elegantissimo, conoscitore profondo della nostra lingua che egli sapeva adoperare in modo raro, non è da meravigliare se Arturo Graf, durante la polemica leopardiana, gli diceva che « si rassegnasse a prender posto tra la *gente letteraria* »; non è da meravigliarsi se le sue lezioni erano frequentate in modo da rendere talvolta angusta la nuova grande aula dell'Istituto fisiologico di Bologna, la quale può contenere fino ad ottocento persone. E per convincersene è più che sufficiente leggere le « prelezioni » quasi tutte pubblicate, le orazioni e gli scritti commemorativi, tra i quali vanno citati l'« Angelo Mosso » e il « Pietro Albertoni ».

Per l'uomo bastino due fatti: fu agli studenti assai più buon padre che rigido maestro; ebbe due doni alquanto rari: la coerenza e la gratitudine.

G. B.

☛ ***Pubblicazione di eccezionale interesse:***

Dott. NICOLA PARISE

Aiuto di Clinica Medica della R. Università di Napoli.

Clima e sindromi dei paesi caldi

Riportiamo l'Indice generale di questo importante libro:

PARTE I. — CLIMA. - Introduzione. - Radiazione solare e temperatura. - Gli stati fisici dell'acqua nell'atmosfera. - La pressione atmosferica e i venti. - Elettricità atmosferica. - *Classifica dei climi e climi tropicali.*

PARTE II. — CLIMA E NOSOLOGIA DELLE NOSTRE COLONIE. - Introduzione. - *Le colonie dell'Africa Orientale.* - Eritrea. - Abissinia. - Somalia. - *Le colonie dell'Africa Mediterranea.* - Tripolitania. Cirenaica.

PARTE III. — FISIOPATOLOGIA DEI CLIMI CALDI. - Introduzione. - *Le reazioni dell'organismo al calore.* - Temperatura del corpo. - Apparato respiratorio. - Sistema circolatorio ed emopoiesi. - Ricambio energetico. - Apparato digerente e fegato. - Apparato uropoietico. - Sistema nervoso vegetativo e ghiandole endocrine. - Sistema nervoso della vita di relazione. - *Le sindromi morbose da calore.* - Sincope da calore. - Crampo da calore. - Edema da calore. - Febbricola termica. - Cacoforia tropicale. - *Influenza dei raggi luminosi sull'organismo.* - *La patologia delle radiazioni luminose.* - Sindromi fototraumatiche. - Colpo di sole. - Edema da sole. - Colpo di luce. - Fotofobia tropicale. - *Sindromi fotodinamiche.* - Pellagra umana.

PARTE IV. — ACCLIMATAZIONE. - Influenza dei fattori climatici sull'acclimatazione. - Igiene climatica. - Bibliografia. - Indice delle tavole e delle figure. - Indice generale.

Volume di 198 pagine, con illustrazioni in nero ed a colori, nitidamente stampato. Prezzo L. **25** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **21,50** in porto franco.

Inviare vaglia all'editore Luigi Pozzi. Ufficio Postale succursale diciotto, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLII — Roma, 21 Ottobre 1935 - XIII — Num. 42

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Stato allergico verso l'estratto neoplastico maligno.

Relativa desensibilizzazione e sua importanza pratica profilattica.

Prof. S. CITELLI - Catania.

Nel gennaio 1928 (*Bollettino Accademia Gioenia fasc.* 58) io e il mio allievo Piazza abbiamo fatto conoscere una nuova reazione dei tumori maligni umani, fondata sulla crisi emoclasica — e sopratutto leucopenica — che vien provocata in quasi l'85 % dei cancerosi da un'iniezione sottocutanea di un centimetro cubo di estratto totale di tumori maligni preparato col nostro metodo. Iniettando appunto sottocute cmc. 1 di detto estratto nei soggetti in esame digiuni da almeno 8 ore, dopo 20 minuti a mezz'ora si suole provocare nei cancerosi una diminuzione di leucociti nel loro sangue, che se va da 1000 in su, fa considerare la reazione come positiva, se la leucopenia prodotta dalla detta iniezione va da 500 a quasi 1000, la reazione, così detta emoclasica, vien considerata come debolmente positiva. Quando invece si ha una leucopenia che non superi i 400 oppure si ha una leucocitosi, la reazione viene considerata come negativa: la reazione negativa suole aversi in circa il 15 % dei cancerosi (1).

Questa reazione, che vien chiamata reazione Citelli-Piazza, dal punto di vista diagnostico è stata esperimentata sull'uomo finora da più di 15 Autori, i quali nella grande maggioranza hanno confermata l'importanza pratica, diagnostica, di detta reazione nei malati sospetti di cancro.

Questa reazione inoltre — escluse le donne gravide nelle quali la frequenza di positività è assai maggiore — riesce positiva anche in circa il 15 % delle persone sane o malate di altre malattie; però tale percentuale, come per primo ho potuto stabilire io l'anno scorso, di solito diviene nettamente superiore nelle famiglie dei cancerosi.

---

(1) Di solito conviene iniettare cc. 1 di estratto carcinoma col quale reagiscono anche gli infermi con endoteliomi maligni e numerosi pazienti di forme sarcomatose. Però nei malati di sarcoma o di tumori maligni di tipo incerto, quando con l'estratto carcinoma la reazione riesce negativa, bisogna ripetere la reazione con cc. 1 di estratto sarcoma.

Ora la detta reazione, come abbiamo accennato, è fondata sulla crisi emoclasica la cui specificità sembra accertata nelle altre malattie nelle quali è stata utilizzata a scopo diagnostico con i relativi antigeni, e cioè da Vidal e Abrami nelle malattie epatiche (cosiddetta emoclasia digestiva), da D'Amato nella tubercolosi, nella sifilide, nel tifo, nella melitense, da Mossetti e Santoianni nella blenorragia, da Fanton nella pertosse, da Paradiso nella leismaniosi, da Bossa nell'infezione da bacillo di Bang, da Cappellani nella gravidanza. Dato ciò, e poichè come ho detto, coll'antigene tumori maligni (estratto totale) con discreta frequenza io ho riscontrato positiva la reazione emoclasica nei membri non cancerosi delle famiglie dei cancerosi, mi sembra giustificato ammettere di solito l'esistenza di uno stato di sensibilizzazione verso l'estratto neoplastico maligno (carcinoma, sarcoma e endotelioma maligno) nei non cancerosi che presentano positiva la reazione Citelli-Piazza.

Ma altre ricerche fatte e risultati ottenuti, sopratutto da me e da miei allievi, confermano l'esistenza di tale stato per i tumori maligni.

Il mio allievo Barbera (*L'Oto-rino-lar. Italiana*, 1932), e anche Bossa (*Riforma Medica*, 1929) e Zanni (*L'Oto-rino-lar. Ital.*, 1933) di altri istituti clinici, iniettando sottocute ai cancerosi, invece che cmc. 1 di estratto totale di tumori maligni, cmc. 1 di estratto totale di tumori benigni oppure di organi diversi preparati con la stessa tecnica dell'estratto tumori maligni, ovvero delle proteine eterogenee diverse, di solito constatarono che la nostra reazione riusciva negativa; mentre con estratto tumori maligni d'ordinario essa riusciva positiva.

Inoltre, come ho pubblicato nel 1932 (*Atti Accademia Gioenia*, vol. XIX, serie 5 e *Atti Soc. Ital. Progresso delle Scienze*, 1932, vol. III) io a mezzo della reazione Citelli-Piazza son riuscito a ottenere il trasporto passivo dello stato allergico verso l'estratto tumori maligni — rivelato dalla mia reazione nei cancerosi e in alcuni non cancerosi — in soggetti normali che avevano presentata negativa la mia reazione. Infatti, praticando per via endovenosa e a digiuno il trasporto passivo di cmc. 8 a 10 di siero di sangue appena sierato con la centrifugazione di 5 soggetti non cancerosi che presentavano positiva la mia reazione a 6 soggetti sani, in tutt'e 6 è comparsa positiva la mia reazione con una durata di circa 24 a 48 ore. Inoltre inietando entro le vene a 5 soggetti sani cmc. 8 a 10 di siero di sangue appena sierato con la centrifugazione di altrettanti cancerosi con la mia reazione positiva, in tutt'e cinque si è provocata la mia reazione: cioè la reazione emoclasica positiva dei donatori, che in tre si esaurì entro le 24 ore, negli altri due entro le 48 ore.

Ammessa dunque di solito, nel modo e per le ragioni anzidette, l'esistenza di uno stato allergico verso l'estratto neoplastico maligno nei non cancerosi che presentano positiva la reazione Citelli-Piazza, ho voluto provare se con delle iniezioni sottocutanee dello stesso estratto tumori maligni, potevo ottenere la corrispondente desensibilizzazione: potevo cioè far divenire negativa la reazione Citelli-Piazza nei non cancerosi che presentavano positiva la detta reazione. Se avessi ottenuto ciò, avrei ancora meglio confermato l'esistenza di uno stato di ipersensibilità essenzialmente specifica verso i tumori maligni e, quel ch'è più, si sarebbe potuto proporre e intraprendere una nuova lotta profilattica contro il cancro — forse la più razionale e la più lusinghiera di risultati — con identico indirizzo di quella che largamente si pratica in tutto il mondo contro la difterite e anche di quella che si tende sempre più largamente a praticare contro la tubercolosi.

Come pubblicai anche nel 1932, in cinque individui non cancerosi con la mia reazione positiva, riuscii a far divenire negativa questa reazione dopo 2-3 iniezioni sottocutanee, alla distanza l'una dall'altra di circa una settimana, di cmc. 8 a 10 di estratto dello stesso tipo di tumore maligno per il quale era risultata positiva o più positiva la mia reazione; e in due di questi soggetti che siamo riusciti a riesaminare da recente, la reazione negativa si mantiene ancora, ormai dopo quasi tre anni. Le iniezioni desensibilizzanti sono state praticate alle regioni sottoclavicolari o lateroaddominali o glutee.

Continuando poi queste ricerche, finora su altri 6 soggetti non cancerosi con la mia reazione positiva, con lo stesso metodo ho ottenuto la desensibilizzazione all'estratto neoplastico maligno: la mia reazione cioè, da positiva è divenuta negativa.

Ricorderò succintamente questi ultimi 6 casi.

Caso I. — Gulisano D., di a. 44, sorella di un canceroso. Presentava la mia reazione debolmente positiva per il carcinoma (— 500). Le si praticarono alle regioni sottoclavicolari 3 iniezioni sottocutanee, ciascuna di cc. 8 di estratto carcinoma, alla distanza di una settimana l'una dall'altra. Riesaminata la mia reazione circa un mese e mezzo dopo l'ultima iniezione, questa è stata trovata negativa (+ 640).

Caso II. — Lanzalone N., di a. 33, persona del tutto sana, ma fratello di un carcinomatoso. Pre-

senta la mia reazione positiva per il carcinoma (— 1620). È stato desensibilizzato con tre iniezioni sottocutanee di cc. 8 ciascuna di estratto carcinoma, una ogni settimana. Riesaminato un mese e mezzo dopo la terza iniezione, la nostra reazione era divenuta negativa (+420).

CASO III. — Lanzalone A., di a. 30, sorella del soggetto precedente. Presentava la mia reazione positiva (leucopenia di 1500). Pure questa è stata desensibilizzata con tre iniezioni di estratto carcinoma, dopo delle quali la nostra reazione ha dato una leucocitosi (+ 1300).

CASO IV. — Buonaccorsi Ant., di a. 52, padre di un ragazzo di 14 anni con linfoma maligno del rinofaringe e metastasi latero-cervicali. Presentava positiva la nostra reazione per carcinoma (— 1120). Dopo 3 iniezioni sottocute di estratto carcinoma, la reazione è divenuta negativa (+ 400).

CASO V. — Buonaccorsi Cos., di a. 50, madre del ragazzo suddetto e moglie del caso precedente. Presentava positiva la nostra reazione per carcinoma (— 1960). Dopo 3 iniezioni sottocute di estratto carcinoma, essa è divenuta negativa (+ 880).

CASO VI. — Di V. Gius., di a. 24, il cui padre era affetto da linfosarcoma della tonsilla destra e metastasi latero-cervicali. Presenta debolmente positiva la nostra reazione con antigene carcinoma (— 530). Dopo 2 sole iniezioni desensibilizzanti di estratto carcinoma, la nostra reazione è divenuta negativa (— 100). Gli abbiamo consigliato di praticare una terza iniezione desensibilizzante, ma egli per ragioni di famiglia finora non si è fatto più rivedere.

Riassumendo, adunque, in questi 6 individui sani che presentavano positiva la nostra reazione — come negli altri 5 soggetti identici da me comunicati nel 1932 — la nostra reazione è divenuta in tutti negativa dopo 3 iniezioni sottocute di circa cmc. 8 ciascuna di estratto carcinoma, e nell'ultimo anche dopo 2 sole iniezioni: però in quest'ultimo è da prevedere che la reazione sarebbe divenuta più fortemente negativa se avessimo potuto praticargli la terza iniezione. Gli attuali 6 casi, inoltre, appartenevano tutti a famiglie di cancerosi. Bisogna ammettere quindi in costoro l'esistenza di uno stato allergico verso l'estratto carcinoma, stato allergico che è scomparso con tre iniezioni sottocute di estratto carcinoma. Bisogna ammettere inoltre — anche per le altre ragioni e gli altri casi familiari da me pubblicati nel 1934 (*Atti Accademia Gioenia*, serie V, vol. XX) — che suole esistere una suscettibilità familiare a tale allergia nelle famiglie dei cancerosi.

D'altro canto, in 2 dei 5 casi comunicati nel 1932 — i soli che abbiamo potuto riesaminare — la desensibilizzazione artificialmente ottenuta, si mantiene ancora, dopo quasi 3 anni. Infine il mio allievo Giuffrida con ricerche che ha in corso, ha potuto stabilire che tale desensibilizzazione che, come abbiamo visto, si ottiene costantemente con le 3 iniezioni sottocutanee di estratto tumori maligni, non si ottiene invece con 3 iniezioni sottocute di estratto di organi umani diversi ovvero con estratti di tumori benigni. Ciò conferma l'esistenza di un'allergia essenzialmente specifica per l'estratto tumori maligni, allergia di suscettibilità che scompare e per diversi anni, con la cura desensibilizzante da noi praticata.

In base a questi miei risultati e considerazioni — tanto più che quando si è già divenuti cancerosi le cure di cui finora possiamo disporre riescono a salvare dalla morte una percentuale ancora molto bassa di infermi — come ho scritto nel 1932 e poi ribadito l'anno scorso, credo sia ormai tempo di iniziare su queste nuove basi una terapia profilattica del cancro umano, cominciando con le persone appartenenti a famiglie di cancerosi le quali presentano positiva la nostra reazione, e anche con i soggetti con la nostra reazione positiva i quali abbiano superata l'età di circa 40 anni, specie se esistono lesioni precancerose.

Se infatti si praticano in tutto il mondo milioni di vaccinazioni preventive contro la difterite, fondandosi sopratutto sulle indicazioni della reazione di Schick che ha molti punti di somiglianza con quella mia nei cancerosi — difterite che rappresenta una malattia guaribilissima perchè contro di essa disponiamo di uno dei più brillanti rimedi specifici della medicina — non sarebbe certo meno giustificato e opportuno praticare la vaccinazione preventiva da me consigliata nei casi e con le modalità da me indicati.

RIASSUNTO.

L'estratto di tumori maligni provoca reazione emoclasica in circa l'85 % dei cancerosi e il 15 % dei non cancerosi, percentuale che aumenta nei membri delle famiglie dei cancerosi. Tale stato allergico verso l'estratto tumori maligni si può anche provocare, mercè il trasporto passivo, in soggetti non cancerosi che non lo presentano. D'altro canto si riesce a fare costantemente scomparire detto stato allergico di suscettibilità nei non cancerosi che lo presentano, con tre iniezioni sottocute di estratto tumori maligni. In base a ciò l'A. propone di inaugurare una nuova terapia profilattica del cancro umano, desensibilizzando con 3 iniezioni di estratto tumori maligni i non cancerosi — specie se appartengono a famiglie di cancerosi — che presentano positiva la reazione emoclasica con l'estratto tumori maligni.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DEL LITTORIO - ROMA

L'esoftalmo pulsante e la sua cura (*).

A. CHIASSERINI e A. TOMMASINI-MATTIUCCI.

Recentemente si è presentato alla nostra osservazione un caso di esoftalmo pulsante spontaneo. Ci è sembrato interessante riferirne, sia per la sintomatologia clinica, sia per l'esito terapeutico ottenuto.

Si tratta di una malata di a. 54 (Z. O. Anita) con anamnesi famigliare senza dati di notevole importanza se si eccettua che la madre ha avuto dieci gravidanze di cui tre aborti e sette parti a termine, e che è morta all'età di 55 anni per nefrite e arteriosclerosi.

La paziente ha goduto sempre buona salute. Ricorda solo frequenti dolori di testa in rapporto piuttosto con le mestruazioni, e dolori alle gambe più accentuati la sera e che la malata stessa riporta a delle varici.

Maritata a 20 anni con uomo apparentemente sano ha avuto tre parti a termine, un parto prematuro al VII mese e nessun aborto.

La *prima* figlia è vivente e sana, e la R. W. praticata a questa e ai bambini è risultata negativa.

La *seconda* figlia è vivente ed è stata bene fino all'età di 24 anni; maritata con uomo sano, durante un allattamento si è ammalata di *cheratite parenchimatosa* e la *R. W.* nel sangue è risultata *positiva*.

Il *terzo* figlio è vivente ma è stato sempre malaticcio. All'età di 13 anni (ora ne ha 24) ebbe diminuzione della vista con aggravamento progressivo fino alla cecità in seguito ad *atrofia bilaterale dei nervi ottici*. All'inizio dell'affezione la R. W. risultò *positiva*.

La R. W. fu praticata contemporaneamente al padre con risultato negativo. Ripetuta due anni fa ad ambedue i genitori risultò positiva. La paziente, dopo questo accertamento, si sottopose ad una cura mista di arsenobenzoli e mercurio.

L'affezione, di cui vogliamo parlare, si iniziò, a dire della paziente, il 5 agosto 1934. Mentre essa lavava un pavimento, all'improvviso provò la sensazione di un colpo violento all'occhio destro, come un pugno, accompagnato da grande dolore. L'occhio cominciò a sporgere, mentre la paziente avvertiva una molesta sensazione di battito e di soffio verso la metà della testa dello stesso lato. Comparve diplopia, e la visione, che era rimasta integra nei primi due giorni, andò gradatamente diminuendo tanto che al 5° giorno era scomparsa. L'occhio poi era deviato verso l'interno e la palpebra superiore abbassata.

Si fece visitare in un ambulatorio, ma le cure medicamentose praticate non sortirono effetto apprezzabile.

Nel gennaio 1935 si presentò per la prima volta alla nostra osservazione accusando abolizione della visione dall'occhio destro e fenomeni molesti di soffio e di battito alla metà anteriore destra della testa. Nessun sintoma dolorifico.

All'esame obiettivo presentava:

Os. Aspetto esterno normale. Refrazione miopica.

$$Vl = \frac{6}{10} \text{ e con sf. } -1 \text{ cil. } + 0{,}50 \text{ asse } 15 \; \frac{10}{10}$$

Vv = legge il V carattere a stento e con + 2 e cil. + 0,50 asse 15

legge il I car. a 35 cm.

OD. *All'ispezione*: Rete vasale palpebrale e sopracigliare molto evidente. Grosso vaso con battiti sincroni con la sistole, che dal punto d'unione del 3° interno col 3° medio della regione sopracigliare si portava, seguendo il sopraciglio, verso la regione temporale destra ove si esauriva.

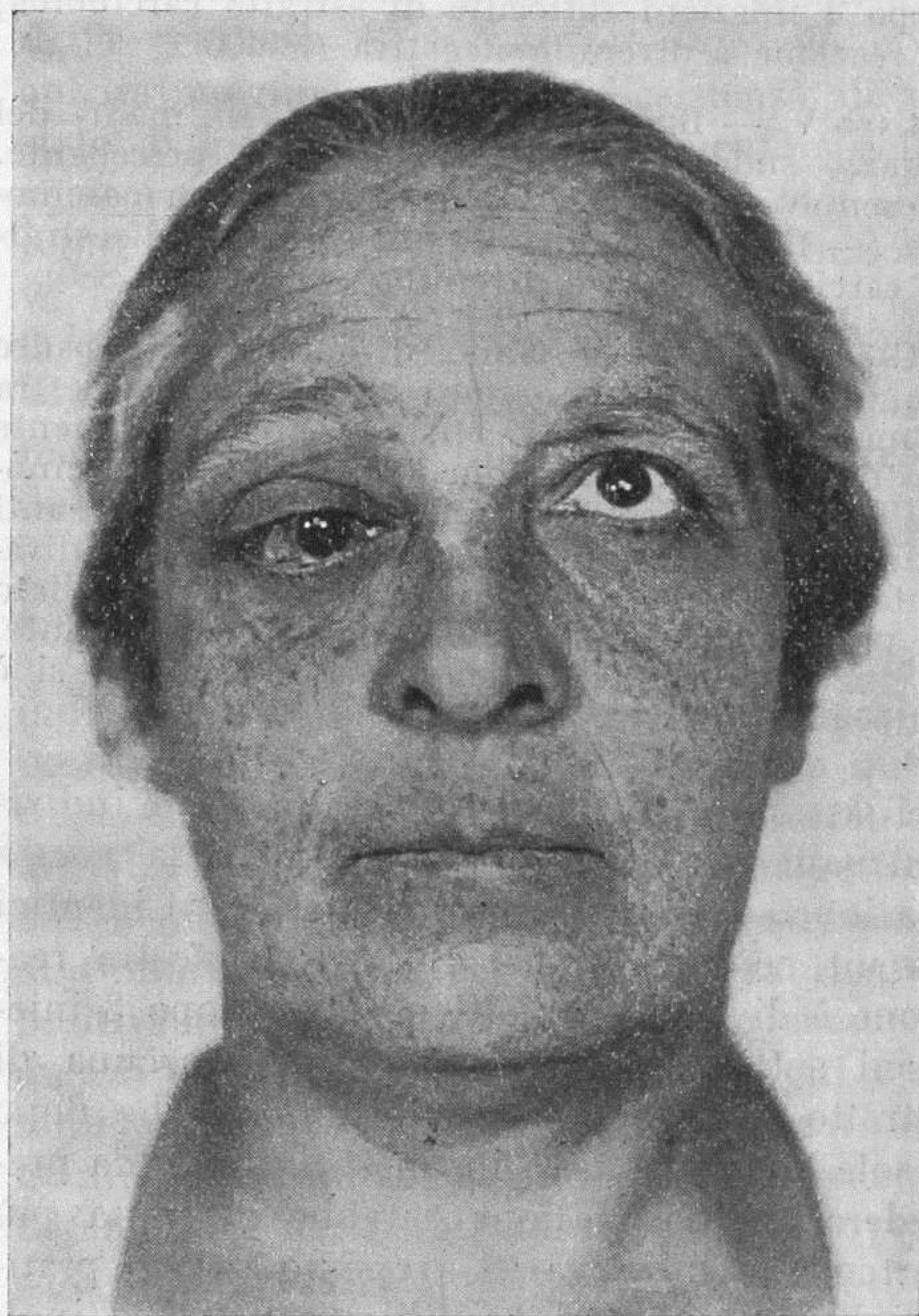


FIG. 1.

Pacchetto vascolare situato sulla palpebra superiore, all'angolo supero-interno dell'orbita, ed altro grosso vaso situato sulla palpebra inferiore e diretto in senso orizzontale. Anche in questo si apprezzavano battiti sincroni con la sistole.

Ptosi incompleta per paresi dell'elevatore della palpebra superiore. La palpebra era abbassata nello sguardo naturale, e negli sforzi di apertura e nello sguardo in alto si sollevava poco al punto che la cornea rimaneva in gran parte ricoperta. Assenza di edema.

Esoftalmo molto pronunciato, diretto in avanti con deviazione in basso e all'interno.

Strabismo convergente paralitico (30° circa).

Il movimento in alto quasi abolito; quello all'esterno si eseguiva debolmente con una ruota-

(*) In questo articolo la parte clinica è stata trattata da TOMMASINI-MATTIUCCI; la parte terapeutica da CHIASSERINI.

zione in basso del globo; in basso e all'interno le escursioni si compivano molto più ampiamente.

Alla *palpazione* fu constatata, nel decorso dei vasi ectasici, la presenza di battiti sincroni con la sistole, ed un battito trasmesso dal globo oculare, pure questo sincrono con la sistole. Era apprezzabile un fremito a rinforzo sistolico soprattutto lungo il decorso del grosso vaso della regione sopracigliare, e fino alla regione temporale.

L'*ascoltazione* faceva sentire un soffio continuo a rinforzo sistolico, molto bene apprezzabile specialmente in corrispondenza delle regioni sopraorbitaria e temporale.

Tutti i sintomi subiettivi ed obiettivi descritti e cioè il rumore percepito dalla malata, i battiti sincroni con la sistole, il thrill, il soffio continuo a rinforzo sistolico, scomparivano quando si comprimeva la carotide comune destra.

A carico del segmento anteriore del bulbo oculare i sintomi consistevano in una iniezione e dilatazione delle vene della congiuntiva bulbare e dell'episclera e in una midriasi discreta e senza reazione della pupilla alla luce. Il riflesso consensuale era assente.

Sul fundus: pallore notevole della papilla, che però era a margini netti, con vasi arteriosi molto esili e vene di calibro normale. Piccole chiazzette emorragiche lungo il ramo superiore ed inferiore della vena centrale.

La tensione al tonometro di Schiotz = a 18 mm.

L'acutezza visiva era ridotta alla percezione di luce ed ombra sul lato nasale solamente.

L'*esame radiogràfico del cranio* non dimostrava alterazioni a carico dell'orbita destra. Il seno mascellare destro e il fondo orbitario dello stesso lato apparivano velati.

Con l'esame nella proiezione di Rhose Balli il foro ottico destro presentava pareti irregolarmente alisteriche.

L'*esame generale* dava: pressione arteriosa: Mx 190 e Mn 100. Aia di ottusità vascolare aumentata (deborda di circa un dito dallo sterno bilateralmente). Punta al V spazio, un dito all'esterno dell'emiclaveare. Azione cardiaca aritmica per extrasistole.

I° tono alla punta seguito da rumore di soffio, che al centrum si attenua; alla base si ascolta pure un rumore sistolico ma più rude e più intenso.

II° aortico vibrato.

Esame urine: negativo.

Azotemia: 0,26 %. R. W. negativa.

Nel nostro caso dunque si è trattato senza dubbio di un *aneurisma arterovenoso* conseguente a spontanea rottura della carotide interna nel seno cavernoso, o per aneurisma o per semplice alterazione delle sue pareti.

L'interesse del caso descritto deriva dalla rarità del modo di insorgenza, poichè esso rientra tra i cosidetti casi idiopatici. Ben pochi ne sono descritti nella letteratura e tra i più recenti sono da citare le osservazioni di Rochon-Duvigneaud e Valière Vialeix, di Papagno e di Weskamp. Mentre nel caso di Rochon-Duvigneaud e Valière Vialeix non fu possibile determinare alcuna causa predisponente, in quello di Papagno si trattava di una cardiaca, così come nel nostro si è trattato di un'ipertesa con lesioni cardiache in rapporto con una lues.

Come nei pochi casi analoghi citati, anche nel nostro la sintomatologia dell'esoftalmo pulsante si verificò nonostante che la paziente avesse fatto in precedenza cure antiluetiche. La qual cosa dimostra che le lesioni delle pareti della carotide dovevano esistere già da tempo, e in uno stadio non più influenzabile dalla cura.

A tal proposito è degno di ricordo il caso di Hartman, in cui esistevano cefalea e rumore di soffio sincroni alla sistole cardiaca e in cui, dopo un anno, comparve esoftalmo in seguito a trauma. Esso sembra doversi interpretare nel senso di una rottura entro il seno cavernoso di un aneurisma preesistente della carotide interna.

Ritornando al caso nostro la diagnosi non poteva riuscire difficile, poichè i segni cardinali dell'esoftalmo pulsante da aneurisma arterovenoso erano tutti presenti. La subitaneità del formarsi del quadro sintomatologico, l'esoftalmo, le pulsazioni, il thrill, il soffio con rinforzo sistolico; la loro scomparsa con la compressione della carotide al collo non potevano lasciare dubbi.

Ciò nonostante sono riferiti nella letteratura dei casi in cui la sintomatologia non è sempre tipica: casi di V. Hippel, T. Müller, Karfolus, Behr, ecc.

Noi avremmo anche potuto pensare ad un aneurisma dell'arteria oftalmica nel suo decorso intraorbitario, ma a parte la sua rarità, esso ha quasi costantemente come causa un trauma ed una sintomatologia meno imponente ed è a insorgenza meno rapida di quella da noi descritta. D'altra parte nel nostro caso esisteva un segno caratteristico di un aneurisma artero-venoso (soffio continuo a rinforzo sistolico).

La paziente, come abbiamo veduto, era stata sempre in apparente buona salute, e solo in seguito alle manifestazioni specifiche constatate nei figli, era stata messa in evidenza una lues fino allora ignorata. L'infezione luetica doveva avere provocato una ectasia delle pareti della carotide interna a livello del seno cavernoso (anche essa ignorata fino al momento dell'incidente); e lo sforzo provocato dal lavaggio del pavimento era stato la causa occasionale per la rottura della sacca nel seno cavernoso stesso.

Quando la paziente comparve alla nostra osservazione i sintomi subiettivi erano dati unicamente dal rumore molesto e continuo nella metà destra della testa, e i sintomi obiettivi

(oculari) consistevano nell'ectasia notevole delle vene tributarie dell'oftalmica e specialmente del ramo superiore (sopracigliare, angolare, ecc.), nell'esoftalmo, nella paralisi e paresi di tutti i muscoli oculari, e nell'atrofia del nervo ottico con cecità quasi assoluta.

Come si vede le alterazioni erano molto gravi e molto più estese di quelle generalmente riscontrate. Tra i nervi motori dell'occhio l'oculo-motore esterno è d'abitudine il più compromesso o addirittura l'unico nervo interessato, mentre l'oculomotore comune e il trocleare partecipano più raramente; così pure raramente sono colpiti i nervi sensitivi (oftalmico) e il nervo ottico. Da ciò si è dedotto che la lesione senocarotidea, nella nostra paziente, doveva essere grave, specialmente per la sua estensione.

Si è ritenuto che nel caso nostro una parte degli organi interessati sia stata compromessa direttamente a livello del seno cavernoso; così il 6° paio, che, come si sa, decorre longitudinalmente nel seno stesso. Per gli altri si è ammessa l'azione dannosa dopo il loro ingresso nell'interno dell'orbita. Sappiamo infatti che l'esoftalmo è dovuto al difficoltato reflusso del sangue venoso dall'orbita per l'ostacolo, che esso incontra a livello del seno cavernoso da parte della corrente sanguigna proveniente dalla carotide interna; e in parte all'edema indurativo del tessuto retro orbitario. Ora questo edema e i pacchetti venosi della vena oftalmica enormemente dilatati provocano la compressione nell'interno dell'orbita e ci possono, ad esempio, spiegare, perchè il *deficit* dell'oculo motore comune sia stato solo parziale. Abbiamo veduto infatti che la limitazione nel dominio di questo nervo è stata maggiormente sentita dal muscolo elevatore della palpebra superiore e dal muscolo retto superiore. Ciò è spiegato dal fatto che la compressione si è esercitata dopo la biforcazione del nervo, la cui branca superiore è stata maggiormente compromessa.

D'altra parte l'assenza di disturbi della sensibilità per lesioni dell'oftalmico ci dicono che la compressione non poteva essere avvenuta là dove il 3°, il 4° paio e l'oftalmico decorrono lungo la parete esterna del seno cavernoso.

Abbiamo ricordato la sindrome di detta parete descritta prima da Mingazzini e poi da Foix, e che consiste in dolori nel territorio del nervo oftalmico e oftalmoplegia progressiva dello stesso lato, la quale si inizia in genere dal 6° paio.

Nel nostro caso l'oftalmoplegia esisteva, ma mancava la sintomatologia del ramo del 5°. Questa dissociazione ci ha perciò indicata una zona dove i vari nervi, benchè situati l'uno accanto all'altro, sono più divisi che lungo la parete del seno o a livello della fessura orbitale superiore.

Un'altra spiegazione a questa dissociazione ci è sembrato trovarla nel fatto che l'esoftalmo non era proprio diretto ma con deviazione in basso e all'interno, e che le vene più ectasiche erano proprio le superiori e cioè la sopraorbitale e l'angolare, ovverosia le tributarie dell'oftalmica superiore.

Dunque compressione del 6° paio a livello del seno cavernoso e compressione degli altri nervi motori oculari nel loro tragitto intraorbitario e più precisamente in corrispondenza della porzione superiore dell'orbita.

Di difficile interpretazione ci è sembrato anche il reperto oftalmoscopico. Infatti il nervo ottico era atrofico, l'arteria e la vena centrale molto sottili, senza pulsazioni e quindi senza segni manifesti di stasi nel circolo venoso. Unici segni erano poche chiazzette emorragiche lungo i rami dei vasi retinici.

L'esame funzionale però, come vedremo, praticato dopo la cura chirurgica, ci ha svelato un'emianopsia temporale nell'occhio colpito, per cui probabilmente la compressione del nervo ottico è avvenuta all'inizio del canale ottico nel punto in cui la carotide, uscendo dal seno cavernoso, forma l'arco da cui trae origine l'oftalmica, e la compressione stessa è avvenuta non per effetto delle arterie ma a mezzo della parete interna del seno cavernoso.

Nonostante la gravità della sintomatologia e le scarse speranze per una ripresa funzionale dell'occhio, venne deciso di intervenire nella persuasione di portare un beneficio, sia nei riguardi dei disturbi subiettivi tanto molesti, come pure per limitare i pericoli d'indole generale. La cura praticata è stata chirurgica.

Per ciò che riguarda il trattamento medico ricorderò il metodo di Lancereaux e Paulesco delle iniezioni sottocutanee di siero gelatinato al 2 % nella quantità di 100-200 c. c. una volta la settimana, metodo col quale qualche autore ha ottenuto dei successi. Bailliart e Héry descrivono un caso di esoftalmo pulsante traumatico trattato con le iniezioni sottocutanee di gelatina a dosi crescenti, e dicono di averne ricavato notevole miglioramento, come pure affermano che prima di ricorrere alla terapia chirurgica conviene praticare la cura con gelatina, perchè sarebbe innocua a patto che la soluzione sia sterile.

Nicolich in un caso di esoftalmo pulsante bilaterale traumatico con lagoftalmo e cheratite neuroparalitica usò la gelatina emostatica

Merck e con una sola iniezione sottocutanea di 10 c. c. ne ebbe la guarigione.

Ma non tutti parlano di successi, e il metodo è risultato non scevro di pericoli (obliterazione dei vasi a valle dell'aneurisma) specialmente se la cura viene protratta a lungo.

Il Raverdino invece ha usato la miscela di Génevrier (cloridrato di chinino gr. 4, uretano gr. 2, acqua gr. 30) nella quantità di 2/10 di c. c. iniettandola direttamente nel tessuto retrobulbare con l'intento di provocare una periflebite prima, poi una flebite e relativa trombosi del pacchetto venoso orbitario, assicurandosi prima, mediante aspirazione, di non essere nel lume dei vasi.



Fig. 2.

Secondo l'autore il paziente così trattato è guarito in un tempo piuttosto breve. De Petri ha usato ancora il metodo, e in due casi ha avuto buon esito; però in un caso ebbe forte reazione, con accentuazione momentanea dell'esoftalmo e segni simili a quelli di una cellulite grave; e nell'altro, oltre i fenomeni reattivi descritti e un'ulcera corneale, forse da lagoftalmo temporaneo, i rumori vascolari subiettivi e obiettivi non scomparvero; per cui il paziente fu inviato al chirurgo per eventuale allacciatura della carotide interna.

La nostra paziente è stata sottoposta ad intervento operativo del quale riferirà il prof. Chiasserini; e dirò che, dopo questo, i disturbi subiettivi sono scomparsi e così pure i battiti sincroni con la sistole, il thrill, il soffio e le ectasie venose.

L'esoftalmo è scomparso quasi completamente, la motilità dei muscoli estrinseci dell'occhio molto migliorata, e la funzione sensoriale riacquistata in parte.

Questo reperto venne riscontrato già pochi giorni dopo l'intervento [17-III-35 (venti giorni)], mentre però persisteva invariata l'immobilità della pupilla allo stimolo luminoso, sia diretto, come consensuale, e l'atrofia del nervo ottico. Il visus risultava leggermente migliorato poichè erano percepiti i movimenti della mano in alto.

Il 23-IV-35 (dopo due mesi dall'ultimo intervento) mentre i dati obiettivi rimanevano ancora invariati, la visione era migliorata, perchè la paziente contava le dita a 30 cm. sul lato nasale, e ultimamente (31-VI-35) il visus è ancora migliorato, perchè conta le dita a circa un metro. Il campo visivo ha dimostrato una emianopsia temporale, e il reperto oftalmoscopico non ha dato differenza sostanziale con l'esame precedente all'intervento.

Un dato importante è stato ricavato dalla *tonometria*. Mentre infatti la paziente prima dell'intervento presentava 18 mm. di tensione allo Schiötz, nell'ultimo esame essa è risultata salita a 26 mm.

Hudelo nella sua tesi su « il glaucoma nell'esoftalmo pulsante » dimostra, seguendo le statistiche antiche e recenti, che il glaucoma non è più così raro come si credeva, ed è più frequentemente osservato nei casi illustrati negli ultimi anni.

Vialeix conferma tale asserto, poichè ha veduto in due casi trattati con la legatura delle vene orbitarie complicarsi l'aneurisma artero venoso con il glaucoma.

Egli stesso nel caso illustrato con Rochon Duvigneaud, parla della coesistenza dei fenomeni glaucomatosi, ed ammette che prima questi erano raramente constatati forse perchè non erano stati ricercati con attenzione.

Anche Di Marzio (1924) include tra i glaucomi post-traumatici quelli dovuti ad « aneurisma del seno cavernoso » per cui « si stabilisce un permanente disturbo del circolo sanguigno di scarico del globo ».

L'ipertensione perciò si può avere con rela-

tiva frequenza tanto prima dell'intervento come anche per effetto di questo.

Hudelo appunto ha studiata l'influenza della legatura delle vene orbitarie sulla tensione oculare e conclude che essa deve essere proscritta ogni volta che il tono oculare è sospetto di aumento.

Si comprende facilmente infatti che la legatura dell'oftalmica superiore alla sua origine possa avere un'influenza sulla tensione oculare quando si pensa che questo intervento guarisce l'esoftalmo a mezzo di una trombosi venosa che si estende alle vene orbitarie profonde e al seno cavernoso. Essa oblitera le vie di ritorno della circolazione del globo e, come dice Hudelo, si comporta anatomicamente come una trombosi orbitaria o cavernosa di cui noi conosciamo l'azione ipertonizzante.

Ho aggiunto questa constatazione appunto per confermare quanto altri autori recentemente hanno avuto occasione di descrivere. Benchè nel nostro caso l'ipertensione non abbia raggiunto lo stato glaucomatoso, però è arrivata ad un limite (26 mm.) che si avvicina ad esso.

*
**

Credo che ben pochi siano quei chirurgi, che abbiano potuto giovarsi di una esperienza personale nella cura dell'esoftalmo pulsante; e ciò per la rarità con cui l'affezione si riscontra.

Basti ricordare che in un articolo comprensivo pubblicato nel 1930 J. M. Hanford e J. M. Wheeler potevano raccogliere solo 617 casi di questa affezione resi noti da quando nel 1809 Benjamin Travers pubblicava il suo caso.

Ciò rappresenta una media di circa 5 casi pubblicati annualmente nella letteratura mondiale.

Fra le contribuzioni di italiani ricorderò, oltre le già menzionate, quelle di Giannelli, Margarucci, Uffreduzzi, Maiocchi, Crosti, Ferrero, Ferrari, ecc.

La maggior parte degli esoftalmi pulsanti, e la coorte dei sintomi, che li accompagna, sono certamente espressione di un aneurisma artero-venoso fra carotide interna e seno cavernoso, insorto di solito in conseguenza di un trauma diretto o indiretto.

Rari i casi di esoftalmo pulsante da aneurisma artero-venoso non traumatico. Il nostro caso appartiene a questi.

Che di essi si possa avere una guarigione spontanea, per trombosi, è cosa certa, seppure rara, come è stato già ricordato.

Alla cura medica, che con iniezioni a distanza, o nell'orbita, si propone lo stesso scopo, cioè la guarigione per trombosi, è stato già accennato.

Debbo tuttavia confessare che il metodo, consistente nella iniezione di soluzioni di sostanze irritanti, quali il chinino uretano, nell'orbita, ci lascia molto perplessi. Esso, a quanto dicono gli stessi, che lo hanno adoperato, provoca delle forti e talora spiacevoli reazioni locali, nè sembra sempre capace di modificare alcuni dei sintomi subiettivi, quali i rumori endocranici, che formano parte essenziale della sindrome morbosa, e che non raramente disturbano il paziente più dello stesso esoftalmo.

Il trattamento chirurgico usuale applicato agli aneurismi artero-venosi degli arti, cioè la quadruplice allacciatura a monte e a valle dell'aneurisma, non può, per ovvie ragioni, essere utilizzato nel caso di aneurismi carotidei-cavernosi.

Per questi ci si è nella grande maggioranza dei casi dovuti limitare ad un intervento operativamente assai semplice, ma, teoreticamente almeno, incompleto, quale è l'allacciatura dell'arteria carotide interna o di quella comune corrispondente al lato dell'aneurisma.

L'allacciatura della carotide interna sembra dare risultati più costanti di quelli ottenuti con l'allacciatura della carotide comune in quanto con la prima si evita quel reflusso di sangue, che può verificarsi dopo quest'ultima, traverso le anastomosi fra i rami collaterali delle due carotidi esterne. Ciò che in ultima analisi può condurre ad un graduale ristabilirsi del circolo nella carotide interna del lato malato; e quindi alla recidiva dei sintomi.

Secondo un calcolo di Sattler e Locke si avrebbe dopo allacciatura della carotide interna una percentuale di guarigioni o di forti miglioramenti dell'83 %, che si ridurrebbe al 64 % nei casi di allacciatura dell'arteria carotide comune.

A sua volta l'allacciatura della carotide primitiva offre meno pericoli, per ciò che riguarda la possibilità di insorgenza di complicazioni da anemia e rammollimento cerebrale.

Il procedimento suggerito da Dorrance di allacciare la carotide primitiva e successivamente i rami collaterali della carotide esterna, mentre importa una operazione più lunga ed indaginosa, non ci sembra che risolva il problema terapeutico.

Appare invece più logico far precedere alla allacciatura arteriosa delle sedute di compressione esterna, che possono servire da un lato a saggiare la tolleranza individuale ad una successiva allacciatura, dall'altro a facilitare lo sviluppo di un circolo collaterale nel territorio cerebrale della carotide interna.

Va tuttavia fatto rilevare che, se la compressione della carotide comune si può ottenere abbastanza facilmente (e sono stati costruiti an-

che degli apparecchi a questo scopo) non è altrettanto facile esercitare dall'esterno una compressione che occluda la carotide interna.

Queste sedute di compressione vengono man mano prolungate, a seconda della tolleranza individuale.

Nel nostro caso non ci siamo serviti di una tale preparazione all'intervento chirurgico.

La compressione della carotide, oltre a questo scopo, ha anche quello di saggiare, prima dell'operazione, l'effetto che una successiva allacciatura della carotide potrà avere, sia sull'esoftalmo, sia sugli altri elementi della sindrome morbosa.

In speciali circostanze quest'ultima prova ha dimostrato di avere un valore notevole; valga ad esempio il caso pubblicato da Giannelli e Margarucci, in cui, in seguito ad una ferita da scheggia di bomba, si aveva avuto la perdita di un occhio, e lo stabilirsi di un esoftalmo pulsante dell'altro occhio: l'esoftalmo ed i sintomi concomitanti, che non erano modificati dalla compressione della carotide omolaterale, diminuivano o tendevano a scomparire con la compressione della carotide controlaterale.

Si trattava effettivamente di un esoftalmo potenzialmente bilaterale, ma dovuto ad una lesione della carotide corrispondente al lato in cui l'occhio era stato asportato; ciò che si potrà dimostrare, sia radiologicamente (ritenzione endocranica di una scheggia metallica dal lato dell'occhio enucleato), sia registrando le pulsazioni esistenti in corrispondenza del contenuto dell'orbita anoftalmica.

La bilateralità di un esoftalmo pulsante è cosa constatata più di una volta; ed è certamente in rapporto con l'ampiezza delle comunicazioni fra i due seni cavernosi.

Lo stesso fattore (ampiezza e facilità di comunicazione fra i due seni cavernosi) deve essere probabilmente invocato a spiegare i casi in cui l'allacciatura della carotide di un lato risultò insufficiente; mentre i sintomi regredirono dopo che anche la carotide dell'altro lato venne allacciata.

Altri particolari procedimenti intesi a diminuire i rischi dell'allacciatura di una o di ambedue le carotidi sono quelli che si propongono di stenosare l'arteria di tanto quanto basta a fare scomparire i rumori vascolari. Tali stenosi si sono ottenute con sistemi diversi.

Alcuni chirurgi ad esempio (Halsted, Matas, Allen, Neff) si sono serviti di sottili fasce di alluminio, che possono essere foggiate in maniera varia, e che permettono di esercitare sull'arteria una compressione graduabile; tali striscie metalliche possono anche essere rimosse, se insorgono disturbi; e sembra che, qualora la rimozione avvenga nel periodo di tre giorni, l'endotelio vasale non abbia subito danni, e il sangue possa tornare a circolare.

Altri hanno utilizzato delle striscie di membrana di Baer (vescica cromicizzata di maiale); ma più spesso striscie aponevrotiche prelevate dalla fascia lata. Noi ci siamo serviti di questo ultimo mezzo, per stenosare l'arteria carotide primitiva dal lato dell'esoftalmo.

Un altro accorgimento, per diminuire i rischi di una possibile anemia cerebrale, è quello di allacciare contemporaneamente all'arteria carotide, la vena giugulare interna: ciò che anche noi abbiamo fatto.

L'allacciatura della giugulare interna avrebbe lo scopo di diminuire l'aspirazione venosa da una data parte del cervello, e di ostacolare in tal modo, sia pure indirettamente, l'anemia dovuta alla interruzione del circolo carotideo. Si tratta di un procedimento analogo alla allacciatura della vena principale di un arto, quando esistano disturbi di circolo da ostruzione arteriosa; o quando insorga la necessità di allacciare una grande arteria.

***

Quando l'allacciatura di un'arteria carotide non abbia condotto alla scomparsa dei rumori vascolari e alla regressione dell'esoftalmo, conviene, prima di decidersi ad allacciare l'arteria del lato opposto (o la carotide interna dello stesso lato, se era stata allacciata quella comune) di escidere i vasi ectasici e pulsanti, che, come nel nostro caso, si possono osservare serpeggianti sopratutto in corrispondenza della palpebra superiore e della regione sopraciliare.

Queste vene ectasiche e pulsanti, che potrebbero essere dette « vene arterializzate », in rapporto con la vena oftalmica superiore, debbono essere eseguite fin dentro l'orbita, e quindi escisse.

Si tratta di un piccolo intervento complementare, che può dare risultati assai buoni.

***

Ricorderò ancora, più che altro a titolo di curiosità, che è stata eseguita (in due tempi) anche la duplice allacciatura della carotide primitiva centralmente e perifericamente alla lesione.

Hamby e Gardner, in un caso in cui, essendosi, nonostante l'allacciatura della carotide interna sinistra al collo, verificata la recidiva dei sintomi, procedettero alla allacciatura della carotide stessa nel punto in cui essa fuoriesce dal seno cavernoso.

I rumori vascolari tuttavia persistettero; e la guarigione si ebbe solo dopo allacciatura della carotide del lato opposto.

Si tratta evidentemente di un intervento, che, per le difficoltà di esecuzione, e per la incertezza dei risultati, non sembra particolarmente indicato.

Un procedimento invece, che, almeno teoreticamente, potrebbe avere l'apparenza di un metodo di cura eminentemente conservativo, analogo alla chiusura del canale di comunicazione nelle fistole artero-venose, è quello suggerito da Brooks. Questi, traverso una arteriotomia, immette nella carotide interna delle striscioline di muscolo, le quali, non appena abbandonata la transitoria pressione sul vaso, sono lanciate dalla corrente sanguigna a guisa di un embolo, che dovrebbe fermarsi là ove l'arteria presenta la comunicazione patologica col seno cavernoso, perchè in questo punto la pressione è minore. In tal modo la comunicazione anomala verrebbe ad essere chiusa dall'embolo stesso, e dai trombi, che intorno ad esso si verrebbero a formare.

In un caso di Hamby e Gardner l'embolo muscolare, fissato in una piccola clip metallica, sembrò veramente essersi fermato in corrispondenza del pavimento della sella (radiografia); non si ebbe tuttavia che un miglioramento transitorio.

*
* *

La terapia chirurgica seguita nel nostro caso è stata la seguente: fu dapprima constatato che, comprimendo l'arteria carotide comune destra, l'esoftalmo si riduceva, la paziente non avvertiva più i rumori endocranici; e obiettivamente non si percepiva più il rumore di soffio e il fremito locale.

Il 19 febbraio 1935, in anestesia locale, si procedette all'isolamento della carotide comune e della vena giugulare interna di destra. Quest'ultima venne sezionata fra due legature.

Intorno alla carotide primitiva venne passato un laccio aponevrotico (prelevato dalla fascia lata); e questo venne gradualmente stretto fino a quando la paziente affermò di non avvertire più alcun rumore endocranico, ed un assistente asserì che i rumori locali di soffio e il fremito erano scomparsi.

Il laccio aponevrotico venne allora fissato con un punto di seta.

Non si potè con precisione stabilire se il laccio avesse provocato una stenosi molto forte o una occlusione completa; si ebbe tuttavia l'impressione che l'arteria non fosse completamente chiusa.

In seguito a questo intervento l'esoftalmo si ridusse di molto, mentre i rumori subiettivi ed obiettivi scomparvero.

Dopo qualche giorno però, mentre la paziente affermava di non avvertire più alcun rumore molesto, e accusava solo crisi di cefalea, si poteva ascoltare un rumore di soffio in corrispondenza della regione temporale destra, e percepire un fremito sui vasi dilatati della palpebra superiore e dell'arcata sopraciliare.

Il 28 febbraio, in anestesia locale, si procedette alla escissione di questi vasi pulsanti, dilatati e tortuosi, seguendoli per un certo tratto entro l'orbita.

Dopo questo ultimo intervento, sia il soffio che il fremito sono scomparsi; l'esoftalmo è quasi completamente regredito (v. fig. 2).

Tali condizioni permangono tuttora dopo circa 6 mesi dall'ultimo intervento.

RIASSUNTO.

Tommasini-Mattiucci tratta della sintomatologia di un caso di esoftalmo pulsante non traumatico, della patogenesi e dei risultati ottenuti.

Chiasserini parla della terapia chirurgica seguita in questo caso: stenosi della carotide comune con un laccio aponevrotico; allacciatura della vena giugulare interna, escissione dei vasi arterializzati della palpebra superiore. Ricorda anche lo stato attuale della terapia chirurgica di questa affezione.

Le conoscenze sulla terapia medica sono ricordate e commentate da Tommasini.

LETTERATURA.

FERRARI F. *Esoftalmo pulsatile.* Soc. Medico Chir. Bellunese, 1933; rec. Lett. Oftalmologica, 1935, n. 3,

PAPAGNO. *Esoftalmo pulsante spontaneo da aneurisma arterovenoso della carotide interna e del seno cavernoso.* Annali di Oftalm. e Clin. Ocul., LX.

HUDELO. Cit. da VALIÈRE-VIALEIX, in Ann. d'Oculistique, settembre 1933.

DI MARZIO. *Glaucoma primario post-traumatico.* Saggi di oftalmologia, 1° sem. 1924.

BAILLIART et HÉRY. *Esoftalmo pulsante trattato con il siero gelatinoso.* Bull. Soc. Ophtalm. Paris, n. 4, 1933.

M. DE PETRI. *Sugli esoftalmi intermittenti e pulsante e sulla loro terapia.* Riv. Oto-neuro oft., 1935, II.

MERIGOT DE TREIGNY. *Esoftalmo pulsante spontaneo ecc.* Resoconto delle sedute della Soc. d'Oft. di Parigi nel 1921; Boll. Oc., 1922, pag. 159.

LOPEZ-VILLORIA. *Aneurisma carotico cavernoso senza esoftalmo pulsante.* Archives d'Ophtalmologie, 1929, pag. 157-168. Rec. Boll. Oc., 1930, pag. 357.

BEHR CARL. *Sulla diagnosi e sintomatologia delle affezioni della regione della scissura orbitale superiore e del seno cavernoso.* Klin. Mon. Aug., LXXI, 1923, pag. 81.

Senà José A. *Trattamento conservativo dell'esoftalmo pulsante.* Arch. Oftalm. Hisp.-Amer., 33, 597-582, 1933.

Perrin e Wertheimer. *Esoftalmo pulsante. Legatura dell'arteria carotide interna.* Arch. d'Oph., 50, 3951397, 1933.

Valière-Vialeix. *Un caso d'esoftalmia pulsatile trattato e guarito con la legatura delle vene orbitarie all'entrata nell'orbita. Considerazioni sulla cura. Glaucoma nell'esoftalmo.* Annales d'Ocul., 170, 747-760, 1933.

Hamby, Wallace B., and W. James Gardner. *Trattamento dell'esoftalmo pulsante.* (Cleveland Clin., Cleveland). Arch. Surg., 27, 676-685, 1933.

Weskamp Carlos. *Aneurisma spontaneo arterocavernoso.* Arch. Oftalm., Buenos Aires, 8, 245-254, 1933.

Cauchoix. Société d'Ophtalmologie de Paris, 19, XI, 1922.

Valière-Vialeix, Rochon-Duvigneaud. Soc. d'Opht. de Paris, 1923.

Franceschetti A. *La sindrome dell'aneurisma della carotide interna.* Rivista Oto-neuro-oftalm., 1932, fasc. IV.

Mingazzini F. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1920.

Foix. Revue Neurologique, 1922.

Raverdino. *Calcificazione dei vasi orbitari e endocranici in un ammalato con esoftalmo da aneurisma arterovenoso guarito spontaneamente.* Riv. Oto-neuro-oft., vol. V, 1928.

Hanford e Wheeler. Annals of Surgery, 1930.

Giannelli e Margarucci. Atti Soc. It. di Chirurgia, 1919.

Uffreduzzi. Giornale R. Accad. medica di Torino, 1921.

Majocchi. Atti Soc. ita. di Chir., 1922.

Crosti Ibid.

Ferrero. Arch. ital. di Chirurg., vol. III.

Dorrancé. Amer. Journ. of Opttalmol. 1930.

Holsted, Matas, Allen, Neff. Citati da Hanford e Wheeler.

Sattler e Locke. Ibid.

Hamby e Gardner. Arch. of Surgery, 1933.

Brooks. Cit. da Hamby e Gardner.

☛ ***Ricordiamo l'interessante pubblicazione:***

Prof. LUIGI MAGGIORE

Direttore della R. Clinica Oculistica di Genova.

Manifestazioni Cliniche Oculari nelle affezioni del naso, dei seni facciali, dell'orecchio e della gola.

con 79 figure nel testo.

Prefazione del Prof. MARIO BERTOLOTTI.

Indice delle parti che formano il volume:

Prefazione - Avvertenza - Introduzione. — Parte I. Fenomeni generali riflessi di origine nasale, pag. 9 a 60. — Parte II. Affezioni del globo oculare e degli annessi di origine nasale, pag. 61 a 96. — Parte III. Affezioni oculari ed adenoidismo, pag. 97 a 140. — Parte IV. Manifestazioni oculari nelle affezioni dei seni periorbitari, pag. 141 a 380. — Parte V. Affezioni dell'apparato uditivo ed affezioni oculari, pag. 381 a 426. — Parte VI. Manifestazioni oculari nelle affezioni tonsillari, pag. 427 a 442. — Appendice.

Volume in-4°, grande, di pagg. XVI-455 (N. 15 della Collana del « Valsalva » fondata e diretta da Guglielmo Bilancioni). Prezzo L. **60,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **55** in porto franco. Per l'estero, alle L. **55,** aggiungere L. **5** per le occorrenti maggiori spese di spedizione.

Inviare Vaglia Postale o Cheque Bancario all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

IGIENE.

Osservazioni sulla patologia da calore fra gli operai metropolitani in Eritrea.

(27 aprile-28 agosto 1935 - XIII).

In questi ultimi vent'anni le nozioni sulla patologia più propria all'Eritrea e sulla fisionomia clinica in essa rivestita dalle cosidette malattie cosmopolite, si sono fatte sempre più frequenti e più precise ad opera dei nostri medici militari e civili.

Ora l'ammassamento di truppe e di operai italiani, che necessità del momento hanno determinato in quella nostra colonia in un'epoca stagioniera particolarmente difficile, ha potuto, per così dire, assumere funzione esaltatrice di quella stessa patologia, ed è quindi interessante prendere subito in esame i nuovi dati che con molta opportunità « L'Azione Coloniale » non ha mancato di far subito conoscere, anche al grosso pubblico, in tutta la sua schiettezza.

Statistica dei decessi secondo la causa di morte fra gli operai metropolitani dislocati in Eritrea.

(27 aprile-28 agosto 1935 - XIII).

1	Annegamento	2
2	Blocco intestinale 2; volvolo intestinale 1	3
3	Bronchite	1
4	Broncopolmonite	8
5	Colpo di calore (72); colpo di sole (10); insolazione (2) =	84
6	Febbre tifoide (1); infez intestinale (2) =	3
7	Gastroenterite	2
8	Impiccagione	1
9	Incidente automobilistico (3), investimento ferroviario (1) =	4
10	Malaria	9
11	Meningite cerebro-spinale	1
12	Miocardite	1
13	Nefrite	2
14	Paralisi cardiaca	4
15	Peritonite	2
16	Perniciosa malarica	6
17	Polmonite	1
18	Setticemia	3
19	Tubercolosi polmonare	1
20	Tubercolosi (?)	1
21	Trauma da caduta	1
22	Mancanza di diagnosi	1
	Totale n.	141

Da essa risulta in modo evidentissimo l'assoluta maggioranza dei decessi in dipendenza dell'azione del calore, vale a dire il 59,5 per cento di tutta la mortalità. E ad esso, forse, neanche sono estranei i quattro casi di paralisi cardiaca e il caso d'impiccagione verificatosi all'infermeria Campo di Marte in Massaua.

Relativamente a questi 84 colpiti si nota che essi si sono verificati in numero di *60* (ossia nel 71 % dei casi) a Massaua stessa e il resto nelle località come segue:

1	Asmara	1
2	Baulud	1
3	Cantiere Dig-Dig	4
4	Cantiere stradale	6
5	Dogali	2
6	Dongolla	1
7	Ghinda	4
8	Moncullo	3
9	Nefasit	3
10	Otundo	1
11	Saati	1

Nei riguardi dell'epoca è interessante notare che il maggior numero dei casi si è prodotto nel mese di giugno e che si sono verificate delle giornate, per così dire, micidiali: 25 decessi il giorno 12; 6 decessi il giorno 13; 6 il giorno 14. Durante il mese di luglio il massimo si è avuto solo il giorno 6 con 6 decessi.

Complessivamente si sono avute le seguenti cifre:

1	Aprile 27 —	1
2	Maggio	9
3	Giugno	46
4	Luglio	23
5	Agosto	4
6	Non risulta la data in caso	1
	Totale n.	84

Pochissimo possiamo rilevare circa l'età dei colpiti, essendoci essa nota solo per 15 individui, come risulta dal seguente specchietto:

Anni 30 — n. 1	Anni 40 — n. 2
» 31 — n. 1	» 42 — n. 1
» 32 — n. 1	» 43 — n. 2
» 36 — n. 1	» 44 — n. 3
» 37 — n. 1	» 45 — n. 1
» 39 — n. 1	

Notizie, invece, molto più complete si possono desumere relativamente alla provenienza di questi operai, come appare da quanto segue:

Provincia di Vicenza 8 decessi; Belluno 7 decessi; Udine 6 decessi. Vengono in seguito Modena con 5; Catanzaro, Reggio Calabria e Treviso con 4; Cosenza, Milano, Trieste e Venezia con 3; Bologna, Chieti, Ancona, Trento, Como e Verona con 2; risultano con un solo decesso Abbadia Lariana, Alessandria, Bellaia di Calabria, Catania, Carnaro, Camugnano Carpitano, Correggio, Faenza, Fano, Genova, Lecce, Massa Carrara, Messina, Monteforte Irpino, Napoli, Padova, Parma, Pescara, Reggio Emilia, Riva di Monte (Calabria), Saraceno di Romagna, Svizzera e Teramo.

Come si vede vi sono rappresentate quasi tutte le regioni d'Italia in modo pressochè eguale, eccezion fatta per Vicenza, Belluno ed Udine che avrebbero fornito individui di una maggiore fragilità di fronte all'azione del calore. Ma queste cifre non possono esser prese in senso assoluto giacchè noi non conosciamo il numero rispettivo di ciascun gruppo di questi lavoratori e ci manca quindi la possibilità di stabilire le percentuali.

Nella elencazione riferita da « L'Azione Coloniale » ricorrono i termini « colpo di calore (72) », « colpo di sole (10) » e « insolazione (2) », non solo per lo stesso luogo ma anche per una stessa giornata, tanto a Massaua che a Ghinda, a Nefasit, ecc. Data la tendenza odierna di ricondurre queste manifestazioni morbose ad un unico tipo — il colpo di calore — sarebbe desiderabile che i colleghi di Eritrea ci fornissero qualche dettaglio atto a giustificare questa distinzione nosologica.

Considerazioni generali. — La nota dominante di questo quadrimestre di patologia dell'Eritrea è la forte proporzione dell'azione patogena da calore, sopratutto per quanto riguarda la zona di Massaua.

Tale particolarità era di conoscenza antica e i fatti recenti non hanno fatto che confermarla.

In « Igiene Coloniale » Belli ha scritto: « Di giorno si ha il vero colpo di sole, di notte il colpo di calore. A Massaua sono frequenti perchè l'atmosfera è umida; invece sono rari ad Assab e Sahati, che hanno atmosfera secca. Nell'altipiano l'insolazione è un accidente raro ».

Non conoscendo il numero esatto dei metropolitani che lavoravano, in quel periodo, nelle zone di Massaua, noi non possiamo stabilire che percentuale costituiscono i 60 decessi che le appartengono; ma se ritorniamo indietro di qualche decennio, il numero non apparirà eccessivamente elevato pensando che a quei tempi, in un battaglione di soldati che attendeva all'operazione di imbarco, si ebbero a verificare, in poche ore, 50 casi di colpi di calore. E il fatto non deve neanche apparire esagerato quando si pensa che pure in Italia si hanno, di tanto in tanto, penose giornate, come ad es. fu quella del 28 giugno scorso nella quale a Bologna e a Venezia si sono avuti, rispettivamente, 10 e 5 individui colpiti.

Da notizie raccolte in diversi giornali e dalle dichiarazioni stesse di S. E. il sottosegretario on. Lessona noi sappiamo che fin dal primo momento erano state date precise disposizioni relative agli orari di lavoro all'aperto: riposo dalle ore 10 alle 17, possibilità di rifornirsi di ghiaccio e di acqua potabile, garanzia di una pronta assistenza medica, ecc. È forse questo, oltre ad una severa di-

sciplina igienico-alimentare, che ha permesso di compiere un lavoro che ha dell'incredibile.

Mi sembra doveroso riferire quanto, a questo proposito, ebbe a scrivere P. Gentizon, l'inviato speciale del « Temps » in Eritrea (Il Messaggero, 31 agosto 1935 - XIII). « Lungo i 40 chilom. della zona costiera il calore è soffocante. E tuttavia in quell'atmosfera torrida gruppi di operai italiani spaccano pietre, cementano ponti al di sopra degli uadi, guidano rulli compressori. Molti ci salutano romanamente e sotto il supplizio di questo ciclo incandescente, quel gesto divenuto comune in Italia, assume un senso commovente di dovere e di disciplina... Veri eserciti della strada, battaglioni di operai lottano senza tregua contro la montagna. Accette, picconi, zappe, pale, assicurano per oggi le comunicazioni e i rifornimenti, per domani l'avanzata delle truppe, per l'avvenire il passaggio dei contadini, degli artigiani, dei coloni: l'espansione della razza ».

Se pensiamo che un lavoro di questa portata ha potuto essere fatto dall'operaio italiano nel periodo della stagione più micidiale dell'anno con un numero relativamente modesto di decessi da colpo di calore, noi possiamo ritenere che in avvenire, con la possibilità di passare rapidamente dalla zona costiera ai freschi altipiani, questa patologia da calore dovrà ridursi a un numero sempre più limitato ed insignificante. Ciò sarà reso anche più possibile per il fatto delle migliorate condizioni di vita e della disponibilità sempre più facile e precisa nei riguardi dell'assistenza sanitaria. I colleghi che per la prima volta si trovano ad esercitare in zona tropicale saranno difficilmente sorpresi dagli avvenimenti e un personale bene istruito e sufficientemente numeroso potrà fronteggiare il delicato, faticoso e spesso molto lungo travaglio di tale genere d'assistenza. Pure espletando tutti i noti mezzi di una cura sintomatica, non si abbandoni troppo presto la pratica della respirazione artificiale: Castellani vi ha insistito da molto tempo e ancora di questi giorni Recchi, al Congresso internazionale di Bruxelles, riferendo su 100 casi di accidenti dovuti a corrente elettrica, sulle nostre ferrovie, ha affermato che la respirazione artificiale prolungata si è sempre mostrata utile ed efficace. In 3 casi il risultato favorevole non si ottenne che in capo a 3 ore. Le iniezioni intracardiache di adrenalina fatte in 3 casi, non si sono dimostrate di effetto utile (*La Presse Médicale*, 14 settembre 1935).

Non dimentichiamo, anche, che il colpo di calore può manifestarsi in relazione all'opera del medico. È così che Zur Verth e Ruge jun. consigliano di operare di preferenza nelle prime ore del mattino. « La corrente d'aria artificiale nelle sale d'operazione tropicali è spesso indispensabile. Superando la temperatura dell'aria della sala d'operazione i 32°, è bene rinfrescare il capo del malato, segnatamente l'occipite, con una vescica di ghiaccio onde *evitare i colpi di calore*.

« Per ottemperare all'aumentato bisogno di liquido sono utili, già durante la narcosi, i clisteri di soluzione di cloruro di sodio (circa 500 gr.) » (Malattie e Igiene dei Paesi Tropicali, Torino 1933 - XI).

È stato anche riferito su d'un colpo di calore nel corso di una cura d'atropina (*La Presse Médicale, Revue des Journaux*, 1935, p. 56).

Riassumendo noi possiamo affermare che questa prima *statistica nosografica* dell'*Eritrea estiva* è soddisfacente e che essa sarà anche migliore in avvenire.

Lo stesso potrà dirsi nei riguardi dei decessi (n. 6) in seguito a perniciosa malarica. Relativamente alla malaria ordinaria (9 decessi) le cose non sono chiare, alcuni operai avendo già avuta la malattia nei paesi d'origine (casi di cachessia).

Truppe e operai italiani si avviano ora verso la patologia autunno-invernale: sono stati già registrati 9 decessi per broncopolmonite: ma l'altipiano eritreo-etiopico non ha i rigori delle nostre montagne.

In un'intervista, appena di ritorno dall'Africa Orientale, S. E. l'alto consulente sanitario prof. A. Castellani affermò essere le condizioni sanitarie dei nostri connazionali — truppe e civili — perfettamente normali, all'infuori dei soliti colpi di calore abituali nelle zone di Massaua. Vi sono elementi per ritenere che sarà anche meglio per l'avvenire.

Tripoli. Dott. D. A. MAZZOLANI.

SUNTI E RASSEGNE.

TERAPIA.

Valore del batteriofago nella terapia delle infezioni.

(T. DE SANCTIS-MONALDI. *Giorn. del Medico Prat.*, settembre 1935).

La batteriofagoterapia ha dato il maggior numero di risultati favorevoli nel trattamento delle infezioni setticemiche da stafilococco, nelle quali la mortalità oscilla, con la comune terapia, tra il 40 e il 50 %. Il numero dei casi trattati è però ancora insufficiente per poter trarre conclusioni serie. D'altra parte l'iniezione endovenosa del principio litico, che dovrebbe nei casi di setticemia essere la via di scelta per l'introduzione del medicamento, non può adoperarsi con le preparazioni ordinarie industriali, perchè provocano degli shock gravissimi. Bisogna ricorrere a culture su particolari terreni nutritivi a base di amino-acidi sì che i filtrati, se non escludono assolutamente il pericolo di grave collasso, lo mitigano sufficientemente. Dall'esame di tutti i casi pubblicati risulterebbe che la batteriofago-terapia nelle setticemie stafilococciche ridurrebbe la mortalità al 28 % circa tanto che tutti gli AA. credono utile il batteriofago in questa precisa indicazione.

Difficile è poter valutare i risultati della terapia con il batteriofago nelle affezioni stafilococciche localizzate, data la loro frequente

guarigione spontanea. Ad ogni modo il maggior numero di risultati favorevoli sono stati ottenuti nella foruncolosi, nell'acne, nei casi di antrace e sicosi, sia con applicazione locale di medicatura imbevuta di principio litico, sia con iniezioni nella lesione o intorno ad essa. In tutti i casi si osservava una fluidificazione del pus e una repressione evidente della lesione nello spazio di 24-30 h. Non solo in queste lesioni è attivo il batteriofago specifico, ma anche preparati polivalenti. Meno evidenti sono i risultati ottenuti nella cura delle osteomieliti.

Nella terapia di altre lesioni suppurative, i migliori risultati si sono ottenuti nelle infezioni miste da bacterium coli e stafilococco, sopratutto quando il principio litico si può fare arrivare a contatto diretto con il focolaio suppurativo, come nelle celluliti, nelle infezioni suppurative del naso, faringe, orzaioli ed altre infezioni oculari. L'azione più importante del batteriofago non è tanto il rapido modificarsi delle condizioni suppurative, quanto il poter pervenire le recidive così frequenti in questi processi localizzati come pure nella foruncolosi. Forse quest'azione è da riferire all'attività vaccinante del filtrato batterico.

Le infezioni da streptococco non sono vantaggiosamente influenzate dal batteriofago.

Di ben poca utilità è il batteriofago nelle pieliti, cistiti, negli ascessi renali, nell'idronefrosi. Abbastanza numerose però dimostrerebbero un'azione favorevole nella cura locale delle pieliti e cistiti da B. coli, quando non siano associati altri germi; però le recidive sono molto frequenti.

Le infezioni intestinali costituiscono uno dei campi ove l'impiego del batteriofago ha avuto la più largo diffusione. Molto vasta è la letteratura della batteriofago-terapia del tifo e anche qui l'accordo non è unanime. Se la sola introduzione del batteriofago per via orale non ha esplicato azioni efficaci, risultati più incoraggianti si sono ottenuti con iniezioni per via parenterale, specie se con procedimento elettroforetico si è potuto concentrare il principio litico, diminuendo la quantità di sostanze sensibilizzanti del brodo. In generale però il batteriofago è senza effetti molto evidenti nel corso della malattia.

Per quanto concerne la dissenteria bacillare, la letteratura fornisce risultati inconclusivi. Si può affermare che la somministrazione del batteriofago antidissenterico per via orale ha scarso effetto, e solo eccezionalmente si può mettere in evidenza il principio litico nelle feci, tanto che rimane fondato il dubbio, se agisca veramente nell'intestino sull'agente causale della malattia.

Nel trattamento del colera il batteriofago avrebbe fornito, secondo D'Herelle, i più brillanti risultati. Questo Autore afferma che la mortalità dei casi trattati con batteriofago scende dal 62 % all'8 % e che egli ha potuto più volte arrestare in varie località delle epidemie di colera aggiungendo all'acqua dei pozzi dosi di batteriofago. Ma i risultati di altri AA. non sono al riguardo concordi. Il batteriofago è stato impiegato largamente nella profilassi del colera specie nelle Indie Inglesi. Oltre all'aggiunta del batteriofago alle acque dei pozzi, un altro metodo consiste nella batteriofagoterapia di tutti i malati appena scoppia una malattia. D'Herelle ritiene che i malati mediante le feci disseminano il batteriofago nell'ambiente esterno, determinando così l'arresto dell'epidemia. Per raggiungere qualche risultato curativo con il principio litico è indispensabile fare uso di batteriofagi isolati localmente e capaci di esplicare una marcata attività litica su molti cespi di vibrioni colerici autoctoni.

Anche per la peste l'accordo tra gli AA. è lungi dall'essere raggiunto. Mentre i primi ricercatori con a capo D'Herelle si mostrano entusiasti, l'esame dei risultati ottenuti da altri osservatori prova la scarsa efficacia di questo mezzo terapeutico.

Infine recentemente qualche ricercatore vorrebbe attribuire al batteriofago azioni di equilibrio nel processo fisiologico di accrescimento e di distruzione della normale flora batterica intestinale.

C. TOSCANO.

Risultati terapeutici con la dieta chetogena nelle infezioni urinarie.

(H. F. HELMBOLZ. *Journ. Am. Med. Ass.*, 7 settembre 1935).

L'efficacia della dieta chetogena nella cura delle infezioni urinarie dipende dall'azione battericida dell'acido beta-ossibutirrico ed un certo grado di acidità. Il limite in cui questa azione si verifica è stato stabilito fra 0,5 % di acido beta-ossibutirrico ed un pH inferiore a 5,5.

Un aumento nella concentrazione dell'acido ed una diminuzione del pH, aumenta il potere battericida dell'urina.

È stato detto che la dieta chetogena uccide il colibacillo più rapidamente che non gli altri membri dello stesso gruppo batterico. Clinicamente, secondo l'esperienza dell'A. si può notare che il colibacillo è di solito il primo microrganismo che sparisce dalle urine, quando in queste erano molti ad essere presenti. In una serie di casi in cui le vie urinarie erano infettate con B. coli, Aerobacter aerogenes, Proteus vulgaris, Staphylococcus, Streptococcus e Pseudomonas, la dieta chetogena ha avuto grande efficacia. Risultati simili si sono avuti in esperimenti *in vitro* con gli stessi organismi.

È anche possibile che uno dei germi abbia preso maggior preponderanza e che di esso sia più difficile liberare le vie urinarie che non degli altri.

Conoscendo le condizioni necessarie perchè l'azione battericida possa aver luogo, sorge la questione come e con quanta prontezza queste condizioni possono essere raggiunte in casi di infezione urinaria.

La formazione dei corpi chetonici dipende dalla incapacità del corpo di ossidare larghe quantità di grasso in assenza di carboidrati. Diventa necessario dunque nutrire i pazienti con grandi quantità di grasso e minime di carboidrati.

Soltanto i bambini possono, in qualche caso, non tollerare così grandi quantità di grassi, perchè soffrono di disturbi digestivi e non sono capaci di continuare la dieta. Altri invece sembra che sopportino bene la dieta ma che non assorbano di questa quella quantità di grassi necessaria e sufficiente a produrre una buona chetosi. Le più grandi difficoltà si incontrarono in quei casi in cui la funzione renale era ridotta: i reni malati erano incapaci di eliminare un'urina che presentava un pH basso ed un'alta concentrazione dell'acido beta-ossibutirrico. In casi nei quali l'urina è stata ottenuta separatamente dai due reni, l'urina proveniente dal rene più danneggiato era più alcalina e possedeva minor quantità di acido ossibeta-butirrico che non l'urina proveniente dall'altro lato. Nei casi in cui l'azotemia era superiore a 50 l'eliminazione dell'acido ossi-beta-butirrico appariva difficile. Anche i calcoli che rimangono *in situ* sono di notevole ostacolo al successo della dieta chetogena.

In un caso in cui dei calcoli renali erano stati rimossi bilateralmente, due piccoli calcoli di nuovo si svilupparono da un lato. Malgrado la discreta chetosi ed un pH basso, l'urina dal rene con i calcoli si manteneva sempre carica di germi.

La dieta chetogena nell'infanzia deve essere riservata soltanto per quelle infezioni che non rispondono ai più semplici metodi terapeutici: trattare ogni bambino che ha un'infezione urinaria acuta con la dieta chetogena sarebbe certamente un'esagerazione. La maggioranza di tali casi guarisce con la semplice alcalinizzazione e con la somministrazione accentuata di liquidi. In alcuni casi può essere necessaria una ulteriore cura con cloruro di ammonio. Resta un piccolo gruppo di casi in cui non vi è ostruzione delle vie urinarie ma in cui l'infezione diventa cronica malgrado i comuni metodi di cura. In tali casi la dieta chetogena condurrà rapidamente a guarigione.

L'A. ha sperimentato tale dieta chetogena in una serie di 24 casi di infezione delle vie urinarie senza ostruzione: in alcuni di questi casi probabilmente l'infezione sarebbe guarita forse altrettanto prontamente con comuni mezzi di cura, ma la terapia dietetica fu praticata allo scopo di saggiare l'efficacia della cura. In tutti i casi in cui fu raggiunta la necessaria concentrazione in acido ossi-beta-butirrico delle urine e il pH opportuno, l'infezione urinaria guarì prontamente. Vi furono parecchi casi in cui l'urina diventò sterile dopo sole 48 ore. In alcuni di questi casi la cura con cloruro di ammonio era stata tentata senza successo.

I ventiquattro casi sono stati divisi in tre gruppi:

1) quelli in cui l'infezione guarì prontamente come risultato della dieta ed in cui i pazienti si liberarono dall'infezione (15 casi);

2) quelli in cui l'infezione sparì prontamente, ma poi ritornò (6 casi);

3) quelli in cui l'infezione non subì l'effetto della cura (3 casi).

L'insuccesso in quest'ultimo gruppo fu dovuto al fatto che, malgrado i bambini prendessero senza difficoltà la dieta, non fu possibile ottenere una efficace concentrazione di acido ossi-beta-butirrico delle urine ed un pH basso di esse.

Passando poi a trattare dei casi di infezione delle vie urinarie accompagnantesi ad ostruzione delle vie stesse, l'A. ricorda come fosse difficile in passato avere ragione di esse. La mancanza dei metodi di cura di tali casi era talmente tipica, che in genere, nei pazienti nei quali la guarigione non si otteneva entro un periodo di un mese, era lecito sospettare che l'infezione delle vie urinarie si accompagnasse a qualche deformazione o anomalia delle vie stesse. Fu quindi con grande sorpresa che l'A. potè constatare che la dieta chetogena poteva favorevolmente risolvere le infezioni urinarie anche in presenza di una grave stasi. Infatti in una serie di 21 casi, in cui vi era infezione delle vie urinarie, questa era accompagnata da una grande varietà di gravi lesioni ostruttive delle vie urinarie. Se si pensa che un'urina battericida non può fare di più che uccidere i germi con cui viene a contatto, ne viene che la parete vescicolare ureterale e pelvica o una lesione interstiziale del rene non possono essere che indirettamente influenzate della dieta. Il tratto urinario infine, può essere reso sterile se, rendendo l'urina sterile, si prevengono ulteriori infezioni dei tessuti e si permette lo stabilirsi di una normale guarigione delle lesioni. Poichè l'urina può essere resa battericida per mezzo della dieta, non vi è ragione perchè essa non possa sterilizzare una parte delle vie urinarie anche se questa è sede di stasi.

L'A. ha diviso i ventuno casi curati in: 1) un gruppo di sei casi in cui le vie urinarie sono rimaste prive di infezione per un periodo di tempo anche dopo abbandonata la dieta; 2) un gruppo di cinque casi in cui vi è stata una ricaduta dopo un periodo di sterilità e sempre dopo aver abbandonato la dieta, e 3) un gruppo di dieci casi in cui non si ebbe alcun effetto sulla infezione.

Questi vari gruppi di pazienti danno un'idea abbastanza chiara di ciò che si può attendere

da questo tipo di trattamento dietetico delle infezioni urinarie. Quando è possibile ottenere condizioni battericide dell'urina sia nutrendo il paziente con una dieta chetogena, sia con l'aggiunta di cloruro di ammonio e di acido ossi-beta-butirrico, è possibile anche risolvere in guarigione un discreto numero di infezioni urinarie. I calcoli e una funzione renale ridotta costituiscono però degli ostacoli quasi insormontabili per questo tipo di terapia.

G. La Cava.

La terapia adrenalinica venosa delle splenomegalie malariche.

(P. Riolo. *Riv. di Malariologia.* Vol. XIV, fasc. 3).

Maurizio Ascoli e Diliberto hanno introdotto nella cura delle splenomegalie malariche croniche la splenocontrazione per via endovenosa, ottenendo riduzione parziale o totale delle splenomegalie e notevole miglioramento della crasi sanguigna. L'A. ha potuto compiere delle ricerche nella stazione antimalarica di Pachino (Siracusa) ed ha trattato 20 malarici cronici, con notevole splenomegalia, in condizioni generali scadenti, con discreto grado di anemia, iniettando per via venosa dosi di adrenalina via via crescenti a partire da 1/100 di mgr. per arrivare a 1/5 di mgr. Le dosi inferiori a 0,1 mgr., iniettate sempre a digiuno, hanno provocato appena un fugace pallore al viso; con 0,2 mgr. solo qualcuno ha avvertito per pochi secondi cefalea, dolore splenico e tremore a piccole scosse dei muscoli degli arti. Subito dopo l'iniezione si aveva notevole retrazione della milza, facilmente apprezzabile alla palpazione, della durata di circa mezz'ora, alla quale succedeva una riespansione parziale.

Tutti gli infermi trattati si sono avvantaggiati e non poco della terapia. In tutti, infatti, si è notata una riduzione notevole dei grossi tumori di milza e talora anche della epatomegalia, la crasi sanguigna è migliorata di molto, le condizioni generali sono rifiorite.

Con la riduzione della splenomegalia scompaiono naturalmente i fenomeni ad essa legati, quali i disturbi dispeptici tanto penosi, i molesti dolori splenici e perisplenici.

In corso di cura accade con qualche frequenza di osservare una riattivazione dell'infezione che non solo non pregiudica in alcun modo lo stato generale, ma completa l'opera di bonifica umana intrapresa, consentendo di associare utilmente al trattamento adrenalinico quello chininico.

Le ricerche confermano dunque l'innocuità e l'attività del metodo preconizzato da Ascoli e Diliberto. Con questa nuova terapia è possibile recare non poco vantaggio ad infermi minorati nelle loro condizioni fisiche e nelle loro attitudini lavorative e, in non pochi casi, si può restituire al paese degli individui validi.

C. Toscano.

Il valore dello zolfo colloidale nella cura dell'artrite cronica.

(W. B. Rawls, B. I. Gruskin, A. A. Ressa. *The American Journal of the Medicinal Sciences*, settembre 1935).

Lo zolfo, sotto una forma o sotto un'altra, è stato usato in terapia, sin dai tempi più antichi. Soltanto recentemente però è stato riconosciuto il suo valore nella cura dell'artrite cronica. Gli AA., in questo loro studio accurato, hanno avuto lo scopo non solo di valutare i risultati clinici della terapia con zolfo colloidale nell'artrite cronica ed i suoi effetti sopra alcune reazioni cellulari ed immunitarie nel sangue, ma anche di stabilire l'effetto di questo tipo di terapia sul contenuto in cistina delle unghie e di determinare se la valutazione della cistina può avere importanza nella scelta dei casi più adatti alla cura con zolfo.

Dall'insieme delle loro ricerche hanno potuto trarre le conclusioni seguenti.

Dosi abbastanza alte (10 e 30 mgr. due volte alla settimana) di zolfo colloidale, sono in genere ben tollerate. Con dosi più alte però in alcuni pazienti si ebbero segni di intossicazione, come stanchezza, sete, cefalea, dolore aumentato, sordità, gonfiore delle articolazioni; ma tutti questi sintomi disparvero in cinque giorni e non furono mai così gravi da dare preoccupazione.

Quando il contenuto in cistina delle unghie delle dita era al disotto del normale, la terapia con zolfo lo faceva prontamente aumentare.

La percentuale ed il grado del miglioramento clinico era più grande in quei pazienti che avevano un contenuto in cistina inferiore al normale, che non in quei pazienti che presentavano invece valori normali.

In tutti i casi il sedimento e le cellule non filamentose diminuivano in seguito alla terapia con zolfo, mentre nessun effetto si verificava sul numero dei globuli rossi e bianchi.

Gli AA. concludono coll'affermare che lo zolfo colloidale è un ottimo mezzo terapeutico in alcune forme di artrite cronica.

G. La Cava.

Il trattamento degli stati ipertiroidei con i raggi X.

(M. Labbé e E Azérad. *Annales de Médecine*, luglio 1935).

Vi sono ancora divergenze tra i medici, circa i risultati della fisioterapia nella cura della malattia di Basedow e degli stati ipertiroidei. Mentre gli elettro-radiologi riferiscono una forte percentuale di guarigioni ottenute con i metodi fisici, d'altra parte i chirurgi dichiarano che innumerevoli sono i malati i quali non avendo trovato giovamento nella radioterapia, vengono a chiedere aiuto alla chirurgia.

Gli AA. hanno ripreso in esame la quistione su nuove basi: hanno perciò seguito per qualche tempo e ben studiato 37 malati che distinguono in tre categorie:

Morbo di Basedow accentuato;
Morbo di Basedow moderato;
Gozzo con ipertiroidismo.

Per la cura hanno usato la radioterapia di media penetrazione e le hanno associato la elettroterapia, sotto forma di corrente galvano-faradica.

La conclusione più importante sgorgata dalle osservazioni degli AA. è la possibilità di una guarigione completa dell'ipertiroidismo per mezzo della fisioterapia, anche nelle forme gravi. Uno dei primi effetti benefici è l'arresto del dimagramento e la ripresa del peso, vengono poi la regressione della tachicardia, l'attenuazione dei disturbi nervosi, la diminuzione del volume del gozzo.

L'aumento del metabolismo costituisce uno dei sintomi più ribelli e la sua normalizzazione confermata a più riprese, può da sola permettere di affermare la guarigione definitiva.

Perchè si possa raggiungere la guarigione occorre molto tempo: nelle forme gravi di Basedow necessitano in media da 7 a 18 mesi di cura.

Vi sono però dei soggetti veramente ribelli alla radioterapia, mentre altri si presentano come radio-sensibili. Purtroppo le ricadute sono frequenti dopo un tempo più o meno lungo dalla cessazione della cura. Ad ovviare a questo inconveniente bisognerebbe continuare il trattamento per parecchio tempo dopo la guarigione « clinica » e poi riprendere le cure ad intervalli regolari, abbandonando il malato soltanto dopo un controllo rigoroso.

Ma le guarigioni non costituiscono la regola assoluta, neppure nelle forme benigne. Più frequentemente si osservano dei grandi miglioramenti: lo stato generale è trasformato, il tremore cessa, ma la tachicardia persiste, il metabolismo è al di sopra della norma ed anche il peso di quando in quando ha delle lievi perdite transitorie. Tuttavia i pazienti possono riprendere la loro vita ordinaria. È proprio in questi casi che le ricadute sono veramente temibili. Vi sono infine i veri e propri insuccessi, per quanto non molto numerosi, le cui cause restano in genere incognite.

I nostri AA. non hanno mai lamentato incidenti di sorta durante la cura, mentre tutti i radioterapisti hanno riscontrato fenomeni reazionali di ipertiroidismo.

I chirurgi accusano la radioterapia di produrre ustioni, radiodermiti più deturpanti della cicatrice operatoria: ma le radiodermiti sono la conseguenza di cure mal fatte, come pure possono esserlo le cicatrici deformi.

Gli AA. concludono il loro lavoro insistendo sui vantaggi della fisioterapia che consistono nella possibilità di ottenere guarigioni perfette o miglioramenti notevoli con un trattamento innocuo; tuttavia non passano sotto silenzio la lunga durata del trattamento, la frequenza degli insuccessi e la possibilità di ricadute.

VICENTINI.

L'influenza delle forti dosi di clorato di potassio sulla "myasthenia gravis,,

(L. P. E. LAURENT e W. W. WALTHER. *The Lancet*, 22 giugno 1935)

Ispirandosi ai risultati di alcune ricerche di Feldberg e Vartiainen, i quali osservarono una azione stimolante del clorato di potassio sulle cellule ganglionari del ganglio cervicale superiore, gli AA. decisero di investigare la possibile influenza del detto sale, somministrato a forti dosi, nei casi di myasthenia. Cominciarono col dosare il potassio nel plasma di 10 soggetti normali e di 6 miastenici. Le cifre ottenute in questi ultimi furono piuttosto basse, ma gli AA. non ritengono si debba dedurre che nella myasthenia vi debba essere diminuzione del potassio nel plasma, perchè anche in alcuni individui normali si possono riscontrare cifre ugualmente basse.

A tre pp. con myasthenia fu somministrato clorato di potassio nella dose di gr. 2 per bocca, cinque volte al giorno, sciolto in mezzo bicchiere di acqua.

Essi accusarono alcuni miglioramenti soggettivi consistenti in lieve diminuzione della ptosi, miglioramento nei movimenti oculari, lieve aumento della forza. Per prolungare la breve durata di questo miglioramento; gli AA. dettero la medicina in tre forti dosi giornaliere ed ottennero infatti risultati più incoraggianti.

Sei pp. furono trattati così per lo spazio di due mesi. Solo sintomo di intolleranza fu una lieve diarrea insorgente di quando in quando nel corso di somministrazione prolungata. Il clorato di potassio, dato in piccole dosi ripetute, costituisce inoltre un utile coadiuvante della prostigmina, la quale pure iniettata nella dose di 0,50 mgr. diminuisce gli effetti secondari spiacevoli delle forti dosi del medicinale.

VICENTINI.

☛ ***Memento*** :

Nel Fascicolo N. 9, Anno LXI° (1934) della *Sezione Chirurgica* del « Policlinico », **diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI** è stato pubblicato l'interessantissimo lavoro del

prof. **BENEDETTO SCHIASSI** (Bologna)

La iperemizzazione edemizzante intervallare quale trattamento di talune infezioni

Con 12 figure nel testo.

Prezzo dell'intero fascicolo L. **6**.

AVVERTENZA. — I lettori del « Policlinico » che nella Serie del loro abbonamento non hanno compresa la Sezione *Chirurgica* e che desiderano tuttavia leggere i concetti di **larga e profonda estensione** che il prof. Schiassi ha scritto « ***Sul trattamento di talune infezioni*** » possono ottenere subito copia del lavoro, inviando L. **2,50** mediante vaglia postale, oppure rimettendole con francobolli racchiusi in lettera, all'editore del « Policlinico » Luigi Pozzi - Via Sistina 14 - Roma.

DIVAGAZIONI

Problemi di alta cultura medico-chirurgica.

Con questo titolo Benedetto Schiassi ha raccolto in un elegante volume una serie di articoli già pubblicati nel corso di quest'anno in *Rinnovamento Medico*.

Si tratta di cinque dissertazioni che formano un complesso organico e armonico illustrante alcuni principî di dottrina, di etica e di tecnica professionale.

L'eminente chirurgo bolognese ha fatto iscrivere sulle pareti della sua sala operatoria cinque motti — *Mente naturalistica, Ardore di conoscenza, Probità scientifico-professionale, Spirito calmo, Mano sicura* — che hanno costituito le norme della sua preparazione culturale tecnica, i principî morali della sua vita scientifica e professionale.

Ciascun motto del pentalogo costituisce il titolo dei cinque articoli che si fanno leggere con vivo interesse, e che per i giovani sopra tutto assumono il carattere di una vera guida, di un preciso indirizzo didattico e morale.

Nel complesso l'opera dello Schiassi deve considerarsi un lodevole tentativo per ringagliardire la cultura chirurgica e rendere sempre più corretta la condotta del chirurgo nelle ricerche scientifiche e nella vita professionale.

Naturalmente per ottenere ciò è necessario che i maestri, innanzi tutto, assolvano degnamente la loro missione.

In Chirurgia, come del resto in altre discipline, il maestro ha il compito più di educare che di istruire. La Clinica Chirurgica più che una scuola di scienze e di tecnica deve essere considerata come una scuola di indirizzo mentale. Le scuole di Cardarelli, Murri, Grocco, Bassini, Durante, Novaro erano un vivaio di allievi distintissimi non perchè questi vi apprendevano maggiori quantità di nozioni scientifiche e tecniche, ma perchè quei grandi avevano l'arte di educare i loro discepoli a sapere apprendere ed a sapere giudicare, costituendo nel loro intelletto uno speciale potenziale, per il quale l'osservazione riesce precisa e la logica diritta.

Questo indirizzo in fondo era ed è schiettamente naturalistico in quanto tende a dar valore solo ai fatti, al riconoscimento giusto della loro essenza e delle loro concatenazioni. Per essere buon clinico chirurgo — ed il chirurgo deve essere innanzi tutto un buon clinico e poi un buon operatore — occorre una larga cultura, una capacità ad apprezzare i fatti, a riconnettere le singole osservazioni con le precedenti osservazioni, ed infine a sapere formare la sintesi dei fatti raccolti, a formulare, insomma, il giudizio, che in ogni caso deve essere sempre sottoposto al vaglio della critica prima che sia ritenuto definitivo.

Più che in altre discipline il riconoscimento della verità in medicina richiede una particolare ginnastica logica, una particolare *forma mentis*, perchè in patologia nulla è preciso, determinato. La malattia è un processo complicato i cui elementi sono estremamente variabili per forma ed intensità, per modo che non si può mai dar loro un valore sicuramente dosabile ed univoco.

Ed è per questo che i poteri critici devono essere esercitati con la maggiore circospezione, cercando di non perdere mai il contatto con i fatti reali e le loro possibili determinanti e seguendo sempre un inidirizzo naturalistico. È l'abito di considerare il fenomeno vitale secondo le leggi della natura che conduce a rintracciare le differenze tra le varie manifestazioni morbose ed a sapere distinguere quello che è essenziale da ciò che è semplicemente concomitante. Solo così il medico può scoprire la diagnosi: altrimenti può capitare che la diagnosi scopre il medico.

Questi concetti informatori del raziocinio del chirurgo vanno applicati anche al giudizio prognostico, che in chirurgia ha molto più valore che in medicina, in quanto di maggiore interesse sono le decisioni che si devono prendere in conseguenza.

Più che in medicina, in chirurgia la prognosi comanda l'azione, e l'azione in chirurgia ha due momenti di molta importanza, quello del tempo e del modo d'intervenire.

Comunque l'intervento va deciso sulla base di considerazioni che concernono il fatto morboso in rapporto con le condizioni di tutta la persona del malato: il singolo va scrutato nel tutto e col tutto. E quanto più forte è nel chirurgo il fisiologo, ossia il naturalista, tanto più efficiente sarà il suo raziocinio e tanto più esatta la sua prognosi.

Forse nessuna delle professioni liberali esige quanto quella del chirurgo un continuo ardore nello studio. Il cervello del chirurgo deve senza posa assumere nuove acquisizioni, esercitare i poteri critici. Il chirurgo deve apprendere sempre, ravvivare sempre la sua cultura, pensare sempre. Oramai appartiene al passato l'opinione che il chirurgo sia solo un tecnico, un provetto meccanico, più o meno ignorante dei fenomeni biologici, i cui segreti sembravano troppo lontani e disdegnosi del bisturi veloce ed ardito.

Oggi il chirurgo non è un lavoratore della mano che viene chiamato ad eseguire un atto operatorio sulla indicazione di un altro sanitario, come avveniva ai tempi della Confraternita dei Santi Cosimo e Damiano in cui si affidavano operazioni ai barbieri ed agli incisori dopo che i « *fratelli* » ne avevano giudicata la necessità.

Oggi il chirurgo non è un cervello-macchina che dimostri con la mano la superiorità dell'uomo nella scala zoologica, ma un cervello-pensante che prima di agire osserva, discrimi-

na e decide, e che continua a pensare mentre esegue il piano delle sue decisioni.

Con ciò non si vogliono trascurare o disprezzare i pregi tecnici del chirurgo, ma si vuole solo affermare che l'abilità manovale deve essere integrata dall'intelligenza e dalla dottrina.

Il chirurgo non deve essere veloce, ardito, ma sicuro. E perchè possa avere una mano sicura occorre che conosca perfettamente la materia sulla quale si agisce, ossia l'anatomia e la fisiologia della regione sulla quale si opera e avere un'idea esatta dello scopo che si persegue, ossia avere una chiara cognizione del singolo caso clinico.

La mano sicura può essere anche spedita, ma non così veloce come quella a cui tributano una certa ammirazione più i profani che i competenti.

La chirurgia più feconda di bene non è quella molto brillante, ma quella molto *pensata*: la velocità e le audacie possono procurare una certa fugace e piccola gloria al chirurgo, ma finiscono sempre con riuscire di danno ai pazienti, e quindi col tempo finiscono sempre con il compromettere la reputazione professionale dell'operatore.

La sicurezza della mano è l'espressione ed a sua volta un elemento integrativo di un'altra qualità essenziale del chirurgo: la calma dello spirito.

Questa è una condizione intrinseca ed innata, ma che può essere opportunamente educata e rafforzata da fattori estrinseci quali possono essere l'esercizio e l'assuefazione.

Ma perchè l'animo del chirurgo non sia mai, o almeno il più di rado possibile, esposto a perturbamenti che possano influire pericolosamente sulla sua azione nonchè su gli assistenti, è necessario che la sua attività si svolga con il concorso di condizioni di ordine psichico che si possono riassumere in tre parole: sapere, previdenza e semplicità, e di ordine materiale che si possono riassumere in due parole: ordine e silenzio.

Una condizione essenziale all'esercizio della chirurgia è la probità scientifica e professionale.

Questa probità più che per altro professionista deve essere per il chirurgo assoluta. Le idee ed i sentimenti morali devono essere tali da resistere a qualsiasi lusinga.

Ma, senza parlare di quelle azioni che cadono sotto le funzioni del codice penale, purtroppo gli esercenti della chirurgia talvolta praticano frodi scientifiche e professionali che ripugnano al senso morale anche non molto squisito.

Al riguardo lo Schiassi fa alcune esemplificazioni molto significative.

Un chirurgo in un « *Contributo alla patologia dell'appendice* » pubblica fotografie di sezioni di un'appendice nel quale trovasi un elminto. In effetti l'appendice era stata prelevata da un cadavere e l'elminto vi era stato spinto dentro a forza dallo stesso ricercatore!

Un altro chirurgo presentava in Congressi proiezioni di larghi segmenti viscerali dichiarandoli resecati in infermi da lui operati e guariti. In effetti tali segmenti erano prelevati da cadaveri.

Un altro frodatore della scienza scrisse di avere fatto esperienze su animali che non erano mai esistiti nel laboratorio dove pretendeva di avere sperimentato. Lo stesso pubblicò i risultati di ricerche batteriologiche che non aveva mai fatte, inventandole di sana pianta; ed un'altra volta presentò fotografie dimostranti l'effetto di sue operazioni per la cura della paralisi di un arto: si seppe poi che gli arti erano stati ritratti nell'atteggiamento corretto con l'aiuto di un filo che nelle negative era stato cancellato.

Si potrebbero riferire serie infinite di simili frodi scoperte dai commissarî di concorsi universitarî. Il prof. F. Durante, che era di moralità cristallina, ne raccontava indignato delle gravissime che si riferivano anche a statistiche operatorie riportate con un'impudenza incompatibile sopra tutto da aspiranti all'insegnamento.

Le malefatte professionali sono naturalmente più varie e più numerose in relazione al più pressante ed immediato assillo del guadagno ed alla proporzione dei... concorrenti. La lista di queste azioni immorali ed indelicate riuscirebbe lunga e la sua pubblicazione non conferirebbe al prestigio ed al decoro dell'arte sanitaria già tanto scossa nella stima del pubblico.

Queste manchevolezze sono più rilevanti e rilevabili perchè commesse in confronto di sofferenti e perchè la medicina è generalmente considerata come un sacerdozio e quindi ritenuta pura ed illibata. È perciò che il pubblico è molto severo con i medici indegni e finisce per generalizzare.

La letteratura di tutti i tempi e di tutti i pregi si è fatta sempre eco di questo stato d'animo poco benevolo se non ingiusto.

Recentemente B. Shaw nella prefazione della sua commedia « *Il dilemma del dottore* » si abbandonava ad espressioni che, a dir vero, si svalorizzano per la loro eccessività:

« La professione medica non è nobile; è infame ».

« Di cuore e di coscienza i medici non ne hanno quasi mai ».

« Per il chirurgo operare significa sempre mettersi dalla parte del guadagno ».

« I medici sono una classe di persone istruite che tende a trasformarsi in una classe di malfattori ».

Certo in questi ultimi tempi numerose cause (la crisi economica, la pletora professionale, l'industrializzazione della produzione farmaceutica, ecc.) hanno concorso a far slittare i

medici verso forme di attività indecorose e indegne, che confinano con la frode ed il maleficio.

Contro questa tendenza bisogna reagire agendo sopra tutto su i giovani con l'educazione e con l'esempio dato nella scuola, val quando dire moralizzando innanzi tutto l'insegnamento.

E conviene tener presente che il chirurgo ha più occasioni di fallire e di peccare, e queste occasioni diventano più numerose ed efficienti con i progressi stessi della scienza.

Giustamente Ollier scriveva: « *Plus la chirurgie devient puissante, plus elle doit devenir morale* ».

In effetti l'animo del chirurgo deve essere sempre dominato dal senso della dignità e del decoro, alimentato da una vasta e soda dottrina, e sprezzante di ogni artificio e di ogni abuso.

Solo l'uomo spiccatamente morale può essere un chirurgo degno di rispetto.

Le leggi della morale e dell'onore devono essere rispettate in ogni occasione dal chirurgo: solo così la sua opera può riuscire veramente efficace e benefica, solo così potrà assicurarsi il successo professionale e con esso la meritata fama ed il giusto guadagno.

argo.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

FLAVIANO MAGRASSI. *L'immunità locale, tissurale e cellulare. Dati sperimentali e critici.* Vol. in-8° di pagg. 321; Istituto Sieroterapico Milanese, 1935, L. 20.

Trattare a fondo il problema dell'immunità locale in senso lato o, come assai meglio ha fatto il Magrassi, quello della immunità locale, tissurale e cellulare, rappresenta attualmente còmpito dei più ardui e che richiede tale estensione e profondità di conoscenze da apparire realmente formidabile. D'altra parte si può dire che fosse intimamente sentita tra noi la necessità di una trattazione completa di un argomento che per il suo straordinario interesse biologico e per la sua diretta importanza pratica è tra quelli che maggiormente interessa il pubblico medico, e non può essere data che lode alla Direzione dell'Istituto Sieroterapico Milanese di aver voluto che la letteratura italiana si arricchisse di questa nuova monografia e di averne dato l'incarico per la trattazione ad un giovane studioso che, come ha bene scritto il prof. Zironi nella prefazione dell'opera « ad essa si è accinto con fatica tutt'altro che lieve e con coscienza pari all'alto còmpito ». L'opera del Magrassi è infatti tutta permeata da una profonda conoscenza della materia, che non è semplice erudizione, annotazione e segnalazione di fatti raccolti dalla vastissima letteratura, ma esatta valutazione della loro importanza e del loro preciso significato, e da una obbiettività straordinariamente serena. In un campo quale quello trattato in cui gli studi hanno largamente risentito di indirizzi dottrinali, era grandemente difficile svincolarsi dall'influenza di questi, e procedere alla trattazione dei singoli problemi mantenendosi aderenti ai fatti e non servirsi di singoli risultati sperimentali, talvolta oltremodo seducenti, a sostegno di una teoria o di un'altra. La lettura del lavoro ci dà la esatta misura di quanto preconcetti di questo tipo abbiano largamente influito non giustificatamente e spesse volte anche nociuto a precise conoscenze e a ulteriori sviluppi scientifici. Era necessario lungo le molte vie battute dagli studiosi, esplicare in un certo senso una qualche azione frenatrice ad eccessivi schematismi dottrinali; ma a questo appunto si poteva arrivare solo attraverso la più minuta opera di analisi scientifica e una sicura padronanza della materia che traspare chiaramente in ogni capitolo.

Su molti dei fondamentali argomenti il giovane autore allievo della Clinica Medica di Roma ha portato il contributo di ricerche personali condotte con impeccabilità di tecnica acquisita durante la sua permanenza nei laboratori scientifici dell'Istituto Sieroterapico milanese e sotto la guida di eminenti Maestri come Belfanti e Zironi, con impostazione originale e sicura e con brillanti risultati: la trattazione dei problemi dell'immunità antitossica, specie in rapporto alla difterite, alle malattie infettive dell'apparato digerente, con particolare riguardo all'infezione tifoide, e della immunità sul terreno delle infezioni da virus filtrabili, è stata fatta con vera maestria e con spiccata originalità. Tutta l'opera è improntata a tale precisione, armonia e serenità che si può facilmente concludere che era difficile poter dire di più e di meglio: L'opera di Magrassi onora la scienza italiana. C. FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Handbuch der innere Medizin. Begründet von L. Mohr und R. Staehelin. III ed. I volume. Un vol. in 8° di 1300 pag. con 395 fig. in buona parte colorate. J. Springer, Berlin.

Il trattato di Mohr e Staehelin, già simpaticamente noto in Italia anche per la bella traduzione fattane dal compianto Clerici, si viene ora, dopo la morte di Mohr, pubblicando nella terza edizione sotto la direzione di G. v. Bergmann, R. Staehelin e V. Salle.

Questo primo volume tratta le malattie infettive ed è dovuto alla collaborazione di 17 autori. Fra i capitoli più ampii e che possono maggiormente interessare il medico pratico, citiamo i seguenti. La sepsi (G. Liebermeister); Le angine (W. Schultz) problema che ha assunto oggi una grande importanza; L'influenza (R. Massini); Gli esantemi acuti (E. Glanzmann); La difterite (U. Friedemann). Una vera monografia è quella di R. Staehelin sulle malattie tifose, di circa 120 pagine. Nuovi o recentemente elaborati sono i capitoli sulla

febbre del fango e sulla malattia di Haff (A. Schittenhelm), nonchè quello sulla psittacosi (C. Hegler). Quest'ultimo autore, in collaborazione con E. G. Nauck ha trattato le malattie tropicali.

È superfluo ridire i meriti di questo trattato, ormai già ben conosciuto ed ora bene aggiornato in questa nuova edizione. *fil.*

A. BERTAGNONI. *Vademecum di Diagnostica e Terapia medica.* Un vol. in-16°, di 853 pag., rilegato. U. Marucelli, Milano, 1935; L. 25.

Il prof. Bertagnoni considera in questo suo libro i vari sintomi e gruppi di sintomi, studiando il significato che essi possono assumere e guidando così il lettore alla diagnosi differenziale, da cui derivano poi le applicazioni terapeutiche, dirette sia alla cura dei sintomi che a quella della malattia fondamentale. Nelle indicazioni per la cura, l'A. fa una parte abbastanza larga alle specialità, contro cui tutti si scagliano, ma che tutti prescrivono, sicchè anche sotto questo punto di vista il libro si adegua alle reali condizioni della pratica.

Studenti e medici pratici lo troveranno utile questo volume, che riunisce tante nozioni e che, anche per il copioso indice analitico è di rapida e facile consultazione. *fil.*

PIERO SANGIORGI. *L'asma bronchiale climallergico.* Un vol. pag. 121; Società editrice Libraria; Milano, 1935, L. 14.

« Climallergeni » definisce comprensivamente l'A., quelle sostanze asmogene la cui natura ed il cui sviluppo sono legati a fattori climatici, intesi nel senso meteorologico e geologico. Appartengono essi al quarto e quinto gruppo degli agenti asmogeni secondo la classica sistematizzazione del Frugoni.

Il lavoro è una completa trattazione del vasto argomento: dopo aver detto delle generalità, l'A. cerca di individuare la natura chimica dei climallergeni, esamina i vari aspetti clinici dell'asma climallergico determinati da essi, studia il terreno su cui la malattia suole svilupparsi, nonchè i fattori predisponenti.

La seconda parte del libro è dedicata alla diagnosi dell'asma climallergico, alla tecnica ed all'interpretazione delle cuti ed intracuti specifiche, alla camera anallergenica che il van Leuwen ideò nel 1922, che Leopold nel 1925, Milton B. Cohen nel 1926, ed infine il Sangiorgi stesso (in uno col Falconi) nel 1931, modificarono, perfezionarono.

La terza ed ultima parte si occupa infine. della terapia, specifica ed aspecifica.

La trattazione, condotta con semplicità, ma nello stesso tempo con la precisione che la Clinica esige, rende proficua la lettura in special modo ai medici pratici, ai quali senza dubbio il libro riuscirà utile nella diagnosi e nella terapia di moltissime forme asmatiche di osservazione comune. MONTELEONE.

G. MOURIQUAND e P. JOSSERAND. *Syndromes météoropathologiques et inadaptés urbains.* Vol. in-16° di pag. 126; Masson & C., Paris, 1935, Fr. 16.

L'ambiente modifica non solamente i germi, ma anche l'organismo nelle sue capacità di resistenza, di recettività e, in misura maggiore, nel suo equilibrio vegetativo. L'importanza del terreno sta infatti attualmente riprendendo un posto importante in medicina e parallelamente la climatologia e la meteoropatologia vanno riscuotendo successo sempre più grande.

Ora questo piccolo libro costituisce una ottima monografia su tale argomento d'attualità. Sia per i lavori che per le osservazioni personali, gli AA. infatti hanno potuto riportare delle manifestazioni cliniche precise a fenomeni meteorologici semplici o complessi, ma sempre ben determinati, per cui oggi sono in grado di fissare gli elementi di questa *scienza.* Essi non hanno voluto tuttavia abbordare tutte le questioni che solleva la meteorologia medica, ma solamente le più attuali e le più importanti per il clinico.

A. POZZI.

A. CASTIGLIONI. *L'Orto della Sanità.* Un vol. in-8° di 155 pag., con 78 fig. Librerie italiane riunite, Bologna, 1935; L. 15.

Il titolo che il prof. Castiglioni ha dato a questo suo nuovo libro ricorda i grandi volumi dell'*Hortus Sanitatis*, i primi trattati di farmacologia del Rinascimento, che sono fra le più belle opere stampate nelle officine tipografiche del Cinquecento.

Analogamente a quegli antichi trattati, l'A. considera qui varie piante, studiandole nella tradizione, nelle leggende fiorite attorno ad esse, nei vari usi terapeutici attraverso i secoli, facendo poi il raffronto con le applicazioni che la medicina moderna ha fatto di alcune di esse. Ecco, p. es., il vischio, di cui si trova la prima menzione nell'opera di Teofrasto, che accenna alle sue straordinarie virtù; pianta considerata sacra dai Druidi, attorno alla quale si hanno varie leggende nelle saghe degli Edda ed a cui tanti popoli hanno attribuito virtù magiche. Ed attraverso tante credenze che hanno dato fama a questa pianta, si arriva alle ricerche ed alle applicazioni moderne della sua azione ipotensiva che appare del tutto ignota a quelli che di questa pianta hanno tanto vantato l'efficacia nei tempi antichi.

Allo stesso modo sono considerate altre piante (mandragora, asfodelo, ruta, elleboro, verbena, aglio, ecc.) in monografie che si leggono con vivo interesse e piacere e che sono illustrate da figure pazientemente raccolte da antichi testi, da quadri, ecc.

È da augurarsi che il prof. Castiglioni ci dia altre serie di questi studi in cui l'insigne storico della medicina profonde la sua vasta coltura. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA. PER LA PRATICA.

Ospedale-Sanatorio dell'I.N.F.P.S. - Siracusa
diretto dal prof. A. Gualdi.

Comportamento dell'ugola nelle principali forme di collasso-terapia nella tubercolosi polmonare.

Dott. Giacomo Zito.

Nell'osservare l'istmo delle fauci di ammalati affetti di tubercolosi polmonare, sia prima che dopo di averli sottoposti ad un intervento collassoterapico, ho constatato, in seguito al trattamento, la deviazione dell'ugola dalla sua posizione mediana; deviazione che si mette meglio in evidenza facendo pronunziare all'ammalato, a bocca aperta, la vocale a. Ciò era fatto allo scopo di porre il torace in posizione espiratoria, e quindi il sistema cardio-polmonare nelle migliori condizioni statiche.

In tutti i casi osservati, il riflesso delle fauci è stato sempre presente, e l'ugola ed il velo palatino non hanno presentato fenomeni paretici e paralitici.

Ogni volta è stato eseguito l'esame radioscopico per esaminare il comportamento del diaframma e del mediastino, sia durante la fase inspiratoria che durante la espiratoria.

Dall'esame dei dati raccolti ho rilevato per ogni singola forma di collasso quanto segue:

Pneumotoraci omolaterali:

a) in questi l'ugola è deviata verso il lato del pneumotorace, solo quando questo è totale, ipoteso, non complicato da aderenze costo-polmonari e diaframmatico-polmonari, tali da impedire la deviazione del mediastino verso il lato non trattato, durante la fase espiratoria; non complicato da versamento liquido tale da renderlo iperteso; non complicato da ernia mediastinica.

In queste condizioni di collasso ideali, l'osservazione radioscopica ha fatto rilevare che il mediastino subisce una trazione verso il lato trattato durante l'inspirazione, e verso il lato opposto durante l'espirazione.

b) nel caso che vi siano aderenze costo-polmonari o diaframmatico-polmonari dal lato del pneumotorace, e che non sono capaci di impedire lo spostamento del mediastino verso il polmone opposto durante l'espirazione, l'ugola è deviata verso il lato del pneumotorace; se, invece, la loro tensione fa sì che il mediastino non può, durante l'espirazione, spostarsi verso il lato opposto, allora l'ugola non è volta verso il polmone collassato, ma è deviata verso il polmone non trattato.

c) nel caso di pneumotorace iperteso l'ugola è deviata verso il lato non trattato, perchè ivi le trazioni sui bronchi sono minori.

d) nei pneumotoraci complicati da ernia del mediastino, l'ugola si comporta come nei pneumotoraci ipertesi. Questi pneumotoraci sono in realtà ipertesi per quanto i valori manometrici possano apparire negativi, poichè questi valori sono falsati dal mediastino che si protrude verso il lato opposto.

e) nei pneumotoraci complicati da versamento liquido, se questo li rende ipertesi, l'ugola si comporta come nei pneumotoraci ipertesi; se, invece, non modifica il loro stato ipotensivo, l'ugola si comporta come nei pneumotoraci ipotesi.

Pneumotoraci bilaterali:

In questi pneumotoraci l'ugola è deviata verso il lato dove il polmone è meno riespanso; i polmoni devono essere liberi da aderenze sia da un lato che dall'altro e non vi debbono essere altre complicazioni.

In questi casi, l'esame radioscopico fa rilevare che durante l'inspirazione il mediastino si sposta verso il lato dove è deviata l'ugola e durante l'espirazione verso il lato opposto, poichè ivi le trazioni sui bronchi sono maggiori.

Quando la deviazione è verso un lato, è la dimostrazione che il polmone è più riespanso nel lato opposto; infatti, dopo il rifornimento, allorchè le pressioni endopleuriche sono uguali sia da un lato che dall'altro, l'ugola non è più deviata, ma riprende la sua posizione mediana.

Questo segno perde l'importanza pratica testè descritta nei pneumotoraci bilaterali nei casi in cui i polmoni non siano liberi da aderenze sia da un lato che dall'altro o vi siano altre complicazioni. Ciononostante, però, l'ugola segue sempre la regola, nel senso che è deviata verso il lato dove le forze traenti sono minori.

Frenicoexeresi:

In questo intervento l'ugola è deviata verso il lato del polmone trattato, quando la detensione di questo, durante il riposo respiratorio, è completa. In questo caso l'esame radioscopico fa rilevare che durante l'inspirazione il

mediastino si sposta verso il lato non operato e durante l'espirazione ritorna verso il lato trattato.

Se però la frenicoxeresi non ha dato luogo ad una detensione completa del polmone operato, l'ugola è deviata verso il lato non trattato. Ciò si verifica quando il polmone del lato opposto alla frenicoexeresi non è libero da aderenze ed ha tendenza alla retrazione. La prova di ciò vien data dall'esame radioscopico, il quale fa notare che, durante l'inspirazione, il mediastino si sposta scarsamente verso il lato non trattato e durante l'espirazione rimane deviato dalla linea mediana e stirato verso il lato non operato.

Apicolisi senza piombaggio - Toracoplastica parziale e totale:

In questi interventi, che sono generalmente preceduti dalla frenicoexeresi, l'ugola si comporta come in questa: è deviata verso il lato del polmone trattato quando la detensione statica di questo è completa; è deviata, invece, verso il lato opposto quando le tensioni statiche del polmone trattato, invece di essere diminuite, sono aumentate per le stesse ragioni dette a proposito della frenicoexeresi.

* * *

Per poter spiegare questo diverso comportamento della ugola durante la collassoterapia, occorre ricordare per sommi capi i rapporti anatomici e le interdipendenze funzionali dell'ugola con tutto l'apparato cardio-polmonare e con i singoli componenti.

L'ugola fa parte del velo palatino, che è una continuazione del palato molle e che termina a destra ed a sinistra con un margine libero: gli archi faringo-palatini.

I muscoli del velo palatino si possono dividere in due gruppi che hanno azione antagonista tra di loro: da una parte vi sono i muscoli elevatori, tensori ed il muscolo dell'ugola che tendono e sollevano il velo palatino; dall'altra i muscoli faringo-palatini che avvicinano tra di loro gli archi omonimi ed innalzano la porzione inferiore del faringe e la laringe.

Essendo questi muscoli in numero pari ed egualmente disposti sia da un lato che dall'altro, l'ugola mantiene la sua posizione mediana e la tiroide la posizione orizzontale.

Al di sotto del faringe ed in diretta connessione con la regione precedentemente studiata vi è il condotto laringo-tracheale, che con i bronchi costituisce un sistema semirigido, e che regola la distensione dei polmoni e mantiene in equilibrio le loro tensioni elastiche.

Poichè la risultante finale delle forze di trazione sui bronchi dei due lati è uguale ad una forza unica a direzione verticale e fisiologicamente deviata leggermente a destra dell'asse medio del corpo (Parodi), questa forza esercita il suo potere traente sul centro della biforcazione tracheale, sulla trachea e sul centro della cartilagine tiroide.

Poichè questo organo è spostabile in tutti i sensi, perchè non è fissato in nessun punto, ma solo sostenuto da legamenti e da muscoli, tra cui i faringo-palatini, che sono applicati ai due lati della cartilagine, diminuendo le forze traenti di un lato, il muscolo faringo-palatino di quel lato sarà meno teso dell'altro. Con ciò si avrà una contrazione maggiore del gruppo muscolare antagonista omolaterale (tensore ed elevatore del velo palatino, muscolo dell'ugola); contrazione che predominando su quella del gruppo omonimo dell'altro lato, farà deviare l'ugola verso l'arco faringeo-palatino meno teso.

L'ugola devierà, quindi, verso il lato del torace, dove è minore la forza traente.

Questo comportamento dell'ugola è in stretta dipendenza del segno descritto dal Parodi nel 1926 per l'esplorazione della funzionalità del diaframma.

Infatti questo Autore dimostrò che se si sopprime la forza tensoria del diaframma, viene a diminuire l'intensità della forza totale di trazione sui bronchi di quel lato ed il sistema cardio-polmonare acquista un nuovo stato di equilibrio, in cui la risultante è rappresentata da una forza unica verticale che devia dalla linea mediana verso il lato dove le trazioni sono maggiori, spostando verso quel punto il condotto laringo-tracheale e la tiroide.

Questo segno di Parodi fu poi confermato da Bilancioni, il quale dimostrò che l'equilibrio statico e dinamico della laringe è intimamente legato allo stato funzionale del diaframma ed agli organi toracici sottostanti o prossimiori, e dal Motta che richiamò l'attenzione sui cambiamenti di posizione, per rotazione attorno ad un asse verticale passante per lo joideo, del blocco lingua ossojoide-laringe, in seguito a modificazioni della statica del tubo laringo-tracheale.

* * *

Da quanto è stato esposto, risulta evidente che, in seguito ad un trattamento collassoterapico, l'ugola subisce delle deviazioni dalla sua posizione mediana.

Queste sono dovute ad un disquilibrio meccanico, che viene a crearsi nel sistema cardiopolmonare in seguito al collasso, il quale si ripercuote sul condotto laringo-tracheale, con il quale l'ugola è intimamente connessa per mezzo dei muscoli faringo-palatini. Questa spiegazione trova una conferma nel comportamento delle deviazioni perchè queste si hanno verso il lato dove le tensioni, allo stato di riposo del polmone, sono minori.

Da ciò si comprende l'importanza pratica del fenomeno, inquantochè la deviazione dell'ugola verso il lato del trattamento ci indica che si è raggiunto lo scopo del collasso, la detensione del parenchima polmonare, mentre la deviazione verso il lato opposto ci indica che questo non è stato raggiunto.

Così pure questo segno ha importanza nella condotta del pneumotorace bilaterale non complicato, perchè esso ci può indicare il lato che ha più bisogno di essere rifornito, in quanto l'ugola è deviata verso il lato meno riespanso.

Inoltre i rapporti esistenti fra l'ugola ed il condotto laringo-tracheale fanno sì che le modificazioni della statica di questo condotto e del mediastino si ripercuotono sull'ugola: infatti dai rilievi radioscopici risulta che essa devia da quel lato in cui le tensioni statiche che si esercitano sul condotto laringo-tracheale e sugli organi mediastinici ad esso connessi sono minori.

Così pure esiste un rapporto tra deviazione dell'ugola e lesioni specifiche del polmone, come risulta da un lavoro in corso di pubblicazione, in cui si dimostra che tutte le alterazioni che determinano un aumento delle tensioni polmonari statiche lungo un asse che dalla biforcazione tracheale va verso i lobi inferiori, provocano la deviazione dell'ugola dal lato opposto a quello della lesione. In condizioni fisiologiche, infatti, le tensioni elastiche lungo quest'asse sono maggiori a destra, e quindi l'ugola è deviata generalmente a sinistra. Tutte le alterazioni, invece, che determinano un aumento delle tensioni polmonari statiche lungo un asse che dalla biforcazione tracheale va verso i lobi superiori, provocano la deviazione della ugola dallo stesso lato della lesione.

In conclusione questo segno, dando l'intensità e la direzione delle forze predominanti nel sistema toraco polmonare, è di grande aiuto nello stabilire quale degli interventi collassoterapici sia più indicato in una determinata forma clinica, e, dicendoci se il polmone è deteso o no, giova ad illuminarci meglio nel giudicare sull'efficacia o meno dell'intervento collassoterapico in atto.

RIASSUNTO.

Dopo aver schematizzato i rapporti esistenti tra l'ugola e la cartilagine tiroide, l'A. porta l'attenzione sulle deviazioni dell'ugola nelle principali forme di collassoterapia e nelle lesioni specifiche del polmone. Dimostra che queste deviazioni sono l'espressione di un disquilibrio fra le tensioni statiche dei polmoni, e possono costituire un efficace segno coadiuvante dei segni clinici e radiologici della tubercolosi polmonare.

BIBLIOGRAFIA.

PARODI *Un nuovo segno per l'esplorazione della funzionalità del diaframma.* Il Policlinico, Sezione Pratica, 1926, 38.

PARODI. *La mécanique pulmonaire.* Ed. Masson, Paris.

BILANCIONI. *Laringe e nervo frenico.* Atti Clinica Otorinolaring., Roma, 1926, 1929.

MOTTA. *Deviazioni associate della lingua protrusa e della laringe.* Il Valsalva, 1931, 6.

CASISTICA E TERAPIA.

Sincopi di origine indeterminata.

Accanto alle numerose sincopi che si osservano in clinica ed alle quali è possibile assegnare un'origine precisa, bisogna far posto ad un gruppo di accidenti sincopali la cui origine resta inesplicata. Gallavardin (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 settembre 1935) ha riunito 37 di tali casi: egli non ha preso in considerazione che le sincopi vere, brusche, brevi, complete e tra queste soltanto quelle che non potevano essere riferite ad una causa determinata. In tutt'i casi è stata eseguita la prova della compressione del vago al collo ed in 18 casi è stato praticato l'esame elettrocardiografico. In qualche caso si è potuta mettere in evidenza una anormale eccitabilità del sistema moderatore, ma in complesso lo studio del ritmo non ha potuto rendere conto degli accidenti osservati negli ammalati.

Quale origine e che significato bisogna attribuire allora a tali accidenti sincopali? Non è possibile dirlo: sembra che si tratti di sincopi per sospensione momentanea dell'azione cardiaca.

È superfluo dire che non si tratta di un'affezione univoca, ma semplicemente di una classificazione provvisoria, che avvicina certamente fatti di natura e significato assai diversi.

La prognosi di tali accidenti sincopali deve essere considerata benigna: la loro possibile parentela con certi casi di morte improvvisa inesplicabile non può essere affermata che a titolo di ipotesi. M. NUNBERG.

La terapia degli stati minacciosi di debolezza cardiaca.

H. Pribram (*Medizin. Klinik*, 28 giugno 1935) schematizza il trattamento come segue.

Gravidanza. — Aggrava le condizioni della

cardiaca che, specialmente nei casi con fibrillazione auricolare ed ipertonia, tende allo scompenso. In qualche caso, sarà autorizzata l'interruzione. Particolarmente temibili sono le stenosi mitraliche, i vizi aortici, le malattie del miocardio e l'enfisema.

Nel caso di malattia cardiaca, complicante la gravidanza, si tengano presenti le seguenti regale: *a)* se vi è compenso, evitare gli sforzi, somministrare cronicamente la digitale; *b)* scompenso latente: strofantina, 1-2 volte la settimana; *c)* scompenso: strofantina, salyrgan, riposo assoluto in letto; *d)* nello « shock » da parto: preparati di adrenalina e del gruppo della canfora.

Debolezza cardiaca nelle operazioni. Si tratta più che altro di collasso vasomotorio anzichè cardiaco; ad ogni modo, per quest'ultimo si darà la strofantina. Prima dell'intervento, digitale o, meglio, strofantina.

Debolezza cardiaca in alcune malattie generali. Nell'anemia il cuore si comporta come nelle lesioni del miocardio; la digitale ha poco effetto e la terapia va rivolta contro le condizioni generali e per la nutrizione del cuore.

Nella tubercolosi, è pericolosa soprattutto la miocardite tossica. La terapia è quindi analoga a quella delle lesioni miocardiche. Una notevole debolezza cardiaca costituisce una controindicazione per alcuni interventi (pneumotorace, frenicoexeresi, ecc.).

La sifilide tardiva porta ad insufficienza; si raccomanda la terapia seguente: 1) Generale: riposo, evitare i pasti che rigonfiano, il caffè, l'alcool, le bevande gassate, il tabacco; riduzione del sale e dell'acqua; trattamento dell'insonnia, della costipazione. 2) Contro la debolezza cardiaca, digitale o strofantina, unite a mezzi di dilatazione delle coronarie. Negli edemi, il salyrgan. Terapia specifica, per la quale lo scompenso non costituisce una controindicazione. Il salvarsan può usarsi dopo 4-5 iniezioni di mercurio o di bismuto, ed è bene unirvi del glucosio.

Nel diabete e nel coma, si tenga presente che molti diabetici con cuore sano soccombono alla debolezza cardiaca per la mancata utilizzazione dello zucchero; nel coma, sono consigliabili strofantina, preparati di canfora, stricnina, adrenalina e specialmente caffeina.

Terapia dei singoli sintomi. Idrope. 1) Riduzione dell'acqua e del sale; 2) cardiaci (digitale, strofantina, scilla); 3) mobilizzazione degli edemi (salasso, iniezione endovenosa di soluzioni ipertoniche); 4) diuretici, della serie dei corpi purinici, combinazioni di mercurio, tiroidina; 5) posizione del malato con le gambe in alto; 6) deacquificazione con lassativi e diaforetici; 7) punture e scarificazioni, per l'idrotorace, puntura quando raggiunge la 3ª costola. Lottare contro gli edemi fin dall'inizio: al primo stadio, riposo in letto e dieta, ad un grado più elevato, digitale, in seguito, anche diuretici.

Dispnea. Se è centrogena, morfina, se è cardiaca od ematogena, inalazioni di ossigeno.

Palpitazioni e dolori cardiaci, che possono avere origine obbiettiva o subbiettiva. Applicazioni locali di freddo, sedativi cardiaci, come preparati di bromo, valeriana, luminal; badare alla regolarizzazione della defecazione e demeteorizzare.

Respiro di Cheyne-Stokes: atropina, papaverina, lobelina, eufillina, caffeina, sparteina. Evitare la morfina, tutt'al più somministrarla con la lobelina.

Fatti di stasi: nella bronchite, codeina e calmanti analoghi; per lo stomaco da stasi, che impedisce l'assorbimento della digitale, somministrare questa per clistere, dare la strofantina; talvolta riesce bene il salyrgan.

Nella *costipazione*, rabarbaro, liquirizia, cascara, frangula. Molto dannoso è il meteorismo, contro il quale la terapia agisce scarsamente: evitare l'introduzione di gas, l'aerofagia, i cibi flatulenti, somministrare fermenti adatti; favorire l'eliminazione dei gas (lassativi, olî eterei e spasmolitici, come belladonna, papaverina, canfora); fissare il gas con carbone animale.

Nella dispnea della sera, è utile la morfina; spesso sono da usarsi i sonniferi; se il sonno è disturbato da extrasistoli, valeriana o chinina. Nei disturbi del sensorio (stati di incoscienza) strofantina, eufillina, preparati di canfora, nell'intossicazione da CO_2, inalazioni di ossigeno e salasso. *fil*

Le iniezioni endovenose di digitale nella tachicardia parossistica.

Bohnemann ha proposto l'uso delle iniezioni endovenose di digitale ad alta dose nell'accesso di tachicardia parossistica, rimedio che egli ha trovato utile in un paziente con stenosi mitrale grave.

R. Aschenbrenner (*Klinische Wochens.*, 14 sett. 1935) ha sperimentato il metodo sopra un paziente, ottenendone pure buoni risultati. Con una prima iniezione di un preparato (corrispondente a gr. 0,35 di foglie di digitale), la frequenza si abbassò da 200 a 155; all'elettrocardiogramma, fusione di T e P, con abbassamento del periodo intermediario; permaneva quindi una notevole insufficienza coronarica. Con un'altra iniezione, frequenza a 113 e poi a 109, con notevole miglioramento dell'elettrocardiogramma, accentuatosi in seguito. Buone condizioni subbiettive; soltanto, circa ½ ora dopo le iniezioni, forte vomito.

Osservazioni di tal genere si ripeterono in seguito nello stesso paziente. Qualche volta, si osservarono, dopo l'iniezione, disturbi subbiettivi, che scomparvero con il diminuire della tachicardia. Il metodo sembra particolarmente indicato per ottenere la diminuzione della frequenza del polso nella stenosi mitrale, purchè non si usino dosi troppo piccole.

Le dosi corrispondenti a gr. 0,45-5 di foglie di digitale sono le più indicate e, salvo il vo-

mito, danno soltanto lievi fenomeni di intossicazione che scompaiono in 1-3 giorni.

Tenuto conto che la chinidina indebolisce la forza cardiaca, mentre la digitale la eleva, è da ritenersi indicata piuttosto quest'ultima per gli stati di tachicardia. *fil.*

La strofantina nell'angina pectoris.

H. Zimmermann (*Münch. med. Wochens.*, 1935, pag. 286) ha trattato con successo mediante la strofantina 66 casi di angina pectoris, fra cui 14 infarti cardiaci. Per lo più, vennero somministrati mg. 0,3 di strofantina, endovena, per 3 giorni di seguito, sospendendo poi per un giorno. Il rimedio aumenta la prestazione cardiaca e rompe il circolo vizioso e pericoloso fra la debolezza di prestazione del cuore e l'insufficiente irrorazione sanguigna del sistema coronario. In 2 casi, il metodo si è dimostrato utile e capace di salvare la vita di pazienti con infarto cardiaco recente. La comparsa di bigeminismo non deve fare sospendere l'uso della strofantina, anzi ne consiglia l'ulteriore applicazione, che può farlo scomparire. Con l'introduzione della strofantina, l'angina pectoris ha perduto molto della sua temibile pericolosità. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Ormoni ovarici e pituitarici.

Le scoperte degli ormoni dell'ovaio e del lobo anteriore dell'ipofisi hanno rivoluzionato molte teorie sulle cause delle irregolarità mestruali. M. Fairlie (*Brit. Med. Journ.*, 21 settembre 1935) passa brevemente in rivista le opinioni oggi accettate circa l'origine e la funzione di tali ormoni.

Il follicolo di Graaf con l'estrina domina la fase proliferativa dell'endometrio nel ciclo mestruale, il corpo luteo con la progestina domina la fase premestruale o pregestazionale, essenziale per l'annidamento dell'uovo fecondato: ma la progestina produce questa fase solo se precedentemente l'endometrio ha subito la fase proliferativa. Normalmente la produzione di grandi quantità di estrina nei follicoli di Graaf maturanti è responsabile dello sviluppo dell'utero nella pubertà. Anche la crescita dell'utero gravido è in parte dovuta all'influenza dell'estrina.

Esiste un meccanismo che controlli il ritmo e la periodicità che prevalgono nell'utero e nell'ovaio per tutta la durata della normale vita sessuale? Sono oramai note le correlazioni tra ipofisi ed ovaio: l'ormone gonadotropo dell'ovaio è detto prolan; più precisamente si ritiene che gli ormoni siano due: il prolan A, che stimola lo sviluppo del follicolo di Graaf e la produzione di estrina, ed il prolan B, che stimola lo sviluppo del corpo luteo e la produzione di progestina.

È stato dimostrato che circa a metà del ciclo mestruale v'è un improvviso aumento dell'escrezione di prolan A, con l'urina, aumento che potrebbe rappresentare lo stimolo per l'ovulazione ed indicare il tempo di essa. Si ritiene generalmente che l'ovulazione abbia luogo tra il 14° ed il 16° giorno del ciclo.

Il riconoscimento delle ritmiche modificazioni dell'endometrio secondarie a ritmiche modificazioni dell'ovaio ha gettato nuova luce sulla patologia della metropatia emorragica, in cui ad un periodo di amenorrea di varie settimane segue un'emorragia quasi continua persistente per settimane o mesi; spesso si palpa un ovaio cistico, dovuto a persistente cisti follicolare. Non si conosce la causa dell'emorragia e la ragione della sua persistenza, ma si sa che l'iperplasia dell'endometrio è causata dalla prolungata ed eccessiva stimolazione dell'estrina prodotta dal persistente follicolo di Graaf: in detta affezione è dunque controindicata la somministrazione di estrina.

Nell'epermenorrea il ciclo si mantiene regolare, ma è ridotto a 21 o 14 giorni: il fatto che questa condizione si riscontra non raramente dopo il parto ha indotto Shaw a spiegare l'accelerazione del ciclo ovarico con la persistenza dell'iperattività del lobo anteriore dell'ipofisi.

Kaufmann con la somministrazione di forti dosi di estrina è riuscito a stimolare lo sviluppo di un utero infantile, senza però ottenere la mestruazione. In una donna castrata invece è riuscito a produrre la mestruazione mediante somministrazione di progynon seguita da somministrazione di proluton. Risultati simili ha ottenuto nell'amenorrea secondaria. Se questo apparente ritorno alla norma sia o meno di natura permanente dopo la cessazione della somministrazione degli ormoni non è stato ancora con certezza stabilito. Mestruazioni scarse con dismenorrea e disturbi da menopausa traggono indubbio beneficio dalla somministrazione di progynon.

M. NUNBERG.

VARIA

I medici italiani abilitati nel 1934

Il bollettino ufficiale del Min. E. N. (sezione II n. 21) del 23 maggio 1935 riportava la statistica dei medici abilitati nella sessione di esami 1934. L'Università che ha dato maggior numero di Laureati è stata Napoli con 311; seguono Roma con 255, Bologna con 166, Milano con 101 e poi le altre con meno di 100; le Università sedi di esame che hanno avuto maggior numero di iscritti sono state Napoli con 231, Torino con 215; Bologna con 202, Palermo con 196, Catania con 162, Parma con 150 e poi altre con meno di 150 fino a Cagliari che ha avuto 97 iscritti. Totalmente si sono presentati agli Esami di Stato 1677 laureati dei quali 1522 sono stati abilitati e solo 155 respinti (circa il 9,35 per cento).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I MAESTRI

PAOLO GAIFAMI

La carriera. — Da nobile famiglia lombarda nacque Paolo Gaifami a Como il 16 giugno 1883, ma passò tutta la sua gioventù a Venezia. Vi è ancora colà chi lo ricorda studente di ginnasio e liceo, serio, modesto, attivissimo, prodigo di aiuti ai condiscepoli. Si laureò con lode a Padova dopo essere stato allievo interno nell'Istituto di Anatomia Patologica diretto allora dal prof. Bonome.



Dopo la laurea entrò nella Clinica ostetrico-ginecologica di Roma, e sotto la guida del prof. Pestalozza vi compì un lungo tirocinio di assistentato, dal 1907 al 1924, se si toglie la parentesi della guerra. Fu allora mobilitato come capitano della Croce Rossa prima nell'Ospedale di Tappa di Tarcento e poi in vari ospedali da campo, ottenendo l'autorizzazione di apporre tre stellette sul nastro delle fatiche di guerra

Conseguita la libera docenza nel 1915, si può dire che, appena fu possibile riprendere dopo la guerra il cammino ascensionale, egli ha bruciato le tappe della sua carriera. Ternato nel concorso del 1922, dopo un breve passaggio a Sassari (dicembre 1923) tiene l'incarico a Siena dal gennaio al novembre 1924 e nel dicembre di quello stesso anno passa a Bari a dirigervi quella clinica, che per merito suo è divenuta in breve tempo uno dei più frequentati e importanti istituti ostetrico-ginecologici del Regno.

Bastano pochi dati a dimostrarlo: nel 1925 le accettazioni sono state 488 con 35 letti; 1787 nel 1934 con 100 letti.

Nel 1927 è sorta la Guardia Ostetrica per il pronto soccorso a domicilio, completata con un ambulatorio ostetrico frequentatissimo (nel 1934 oltre 3000 visite).

Nel 1930 fu istituito l'« Albergo Materno », capace di 24 letti, per le gravide illegittime in attesa del parto.

In appositi locali della clinica è stato organizzato un ambulatorio per gravide e puerpere tubercolose e fu creato un reparto autonomo di degenza con 12 letti, fra i primi in Italia, d'accordo col Consorzio provinciale antitubercolare che vi mantiene in servizio un tisiologo. È stato anche attrezzato un « Reparto della terapia fisica », ove trovano posto la diatermia, l'ultrasole, la diatermocoagulazione e un modernissimo apparecchio di terapia profonda Röntgen.

La fama della Clinica di Bari e del suo direttore si è diffusa largamente nella regione pugliese ed oltre i confini della stessa per cui dal Gargano al Salento, da Taranto a Foggia, dall'Albania alla Lucania e fino dalla Calabria affluirono ad essa le malate che vi trovavano una buona organizzazione assistenziale, animata da un uomo di cuore, avveduto nel porre le indicazioni terapeutiche, brillante e fortunato nell'operare.

L'opera scientifica. — Troppo lontano ci porterebbe il discorrere anche succintamente dell'opera scientifica di Paolo Gaifami, consegnata in poco meno di duecento pubblicazioni. Egli ha portato la sua feconda attività nei più svariati campi biologici sperimentali anatomici e clinici della specialità. Fin dal 1907, e cioè quand'era ancora alle sue prime armi impostava il problema totalitario del sistema endocrino, colle sue ricerche sulle modificazioni istologiche di alcuni organi a secrezione interna durante la gravidanza. Chi era presente ricorda ancora l'interesse destato dalla comunicazione di Gaifami al XIII Congresso della Società di ostetricia e ginecologia.

Dedicò poi la sua vigile attenzione di studioso anche al sistema endocrino fetale specie in rapporto allo sviluppo, e a certe male conformazioni (anencefalia, ecc.).

La patologia del feto e del neonato ebbe inoltre da lui preziosi contributi per quanto riguarda l'asfissia endouterina, i vizi di posizione congeniti dell'utero, lo sfaldamento della mucosa tubarica nelle neonate.

Fu tra i primi in Italia a studiare la reazione di Aberhalden, limitandone subito la portata nelle pratiche applicazioni. Illustrò i fermenti peptolitici placentari e del colostro; segnalò il potere antitriptico del liquido amniotico e dei feti mummificati; studiò la tossicità della placenta, il contenuto in sostanze adrenalinsimili del sangue nello stato puerperale, ecc.

Degne di rilievo sono le ricerche sulle modificazioni istologiche gravidiche del collo uterino, molto più tardi riscoperte da Stieve e Hofbauer. Meritano pure menzione, per quanto riguarda l'anatomia patologica della placenta, la identificazione delle cavità intraplacentari più tardi da altri denominate caverne placentari, nonchè fatti e concetti messi in evidenza sulle interferenze etiologiche fra lesioni placentari e malattie materne.

Il corpo luteo fu dal Gaifami egregiamente studiato sia in rapporto all'origine (teca interna) che alla duplicità nella gravidanza, che alle pretese anomalie nella mola vescicolare. Egli ha descritto inoltre una varietà speciale di tubercolosi salpingea: quella papillare, e si fece iniziatore in Italia delle ricerche sugli endometriomi, che dovevano poi appassionare tanti ricercatori nostrani e stranieri.

Dal lato anatomico e clinico insieme va segnalata la sua monografia sul distacco intempestivo della placenta, corredata di una copiosa statistica personale. Egli contribuì a diffondere in Italia la tecnica del taglio cesareo sul segmento inferiore, e prese larga parte con pubblicazioni e conferenze alla lotta contro i tumori maligni dell'apparato genitale femminile.

L'opera didattica e giornalistica. — Una delle caratteristiche più salienti nella figura di studioso del Gaifami è la sua passione per l'insegnamento e per la volgarizzazione delle discipline ostetrico-ginecologiche.

Come insegnante Egli è ancora ricordato dai frequentatori dell'Università Castrense e della Clinica di Roma nel suo periodo di assistentato, ma sopratutto testimonia della sua attività didattica la larga schiera di allievi, ch'Egli seppe crearsi a Bari. Molteplici, nei più vari campi i loro contributi consegnati in oltre 250 memorie; il primo aiuto, il Revoltella, ha conquistato meritatamente la cattedra di Trieste.

Le pubblicazioni didattiche più notevoli sono: *Il Prontuario di terapia ostetrica*, diffuso non solo in Italia, ma anche all'estero; *gli Elementi di ginecologia; Le indicazioni all'aborto provocato.*

Sono di prossima pubblicazione il capitolo delle *Annessiti* nel Trattato italiano di ginecologia; la parte ginecologica del Trattato di Patologia chirurgica, diretto da Taddei.

Largo successo ha avuto il ricco volume edito dal Pozzi nel 1933: *Conversazioni e lezioni ostetrico-ginecologiche.* È qui raccolto il più ed il meglio che da anni il Gaifami va dettando nel periodico « La Clinica Ostetrica », ch'Egli dirige dal 1924 e che ha saputo improntare di un tale carattere di bene intesa praticità da renderlo un organo prezioso per ogni medico.

« Giornalista nato » fu definito qualche tempo fa da un collega il Gaifami. Tale definizione va accettata nel senso migliore e più ampio, avendo egli suscitato un nuovo tipo di letteratura ostetrica colle rubriche di *cose viste*, degli *errori*, delle *perizie medico-legali* dove mise a profitto le sue rare doti di efficace volgarizzatore e chiarificatore dei più astrusi problemi di diagnostica e di tecnica operatoria ostetrico-ginecologica.

Esempi recenti di sana impostazione dei più vitali problemi sono i succosi articoli nella nuova Rubrica « Commenti e Proposte ».

Gaifami ha dato anche entutiasta e larga opera per l'assistenza materna ed infantile mediante la organizzazione di Consultori e di Centri materni, la divulgazione della Legge sulla protezione della maternità e dell'infanzia coll'insegnamento, colle conferenze e colle pubblicazioni anche sulla stampa politica. Fra le ultime espressioni di questa attività sociale ed umanitaria ricordiamo il discorso tenuto a classi riunite alla XXII Riunione della Società per il Progresso delle Scienze sul tema: « La ginecologia nella politica demografica »; la Relazione al Congresso di Nipiologia di Trieste sulla « Mortalità ostetrica del neonato »; la recentissima Relazione al Congresso di Bologna (ottobre 1935) « Sulla tutela della madre per la sanità della Razza ».

* * *

Il nome di Paolo Gaifami è ben noto anche all'estero. Egli è membro della Società belga, della Società francese e della Società romena di ginecologia. Di recente scrisse di lui il Pierra nella « Revue française de gynecologie et d'obstetrique », tracciandone un profilo quanto mai lusinghiero e verace.

Designato dallo stesso Maestro sul letto di morte a succedergli nella cattedra di Roma, Paolo Gaifami ha raccolto una gloriosa eredità, che è nello stesso tempo consacrazione del suo passato e sicura promessa del suo avvenire di studioso e di clinico.

O. VIANA.

L'Italia in Africa Orientale.

L'Italia è impegnata nell'Africa Orientale in un'impresa di colonizzazione imposta da necessità nazionali ed umane: dal bisogno di espandere la nostra esuberante popolazione, dall'istintivo desiderio di portare la luce della civiltà in un grande territorio dove ancora dominano la barbarie e la schiavitù.

Mai gli interessi particolari di una nazione si sono meglio armonizzati con gl'interessi superiori dell'umanità.

L'impresa è diventata più aspra, più ardua per inopinati quanto ingiusti contrasti.

Tali contrasti hanno fuso in un blocco infrangibile la volontà di 44 milioni di uomini, ne hanno vivificato l'entusiasmo, resa più gagliarda l'azione.

I medici italiani vi concorrono con la loro opera, ora più che mai efficiente, e con commovente spontaneità.

È considerevole il numero dei medici, che arruolatisi volontariamente, sono già partiti per l'Eritrea e la Somalia, e tutti i medici italiani sono pronti per tutti i bisogni ovunque siano richiesti.

Essi, come tutto il popolo, sono preparati a tutte le rinuncie, a tutti i sacrifici, a tutte le azioni.

Per l'esercizio sanitario nelle Colonie Italiane o nella marina mercantile, ricordiamo l'interessante libro del

Dott. ROMOLO RIBOLLA

Medico diplomato della Marina Mercantile

Medicina Tropicale e Igiene Marinara

MANUALE TEORICO-PRATICO PER I MEDICI

(V. giudizi espressi su questo libro alla p. 1936 del precedente N. 39).

Volume di pagg. XVI-491, con 39 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 52 più le spese postali di spedizione.

Esclusivamente per gli abbonati al « Policlinico » sole L. 35 in porto franco in Italia. Per l'estero L. 40.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Per la riforma degli studi-medici.

Il Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale ha esaminato ed approvato un progetto di riforma degli studi medici, elaborato da una Commissione, nominata dal ministro De Vecchi in seno al Consiglio stesso e composta dei proff. De Blasi, Frugoni, Pende, Perez e Rondoni, relatore il prof. Pende.

La riforma è ispirata al principio, fissato dal ministro, di una distinzione delle materie d'insegnamento in fondamentali e complementari.

Le materie fondamentali sono 21 e per tutte è obbligatorio l'esame; le materie complementari sono 15 e per esse sono obbligatori solo 3 esami, a scelta dello studente.

Il corso di medicina viene diviso in tre bienni: biologico, propedeutico e clinico. Essi sono « bloccati », nel senso che non si può passare da un biennio a quello successivo, se non si sono superati tutti gli esami obbligatori corrispondenti.

Nel primo biennio la botanica e la zoologia vengono sostituite dalla biologia generale (che include anche la genetica e la biologia razziale); la fisica e la chimica assumono deciso indirizzo di applicazione alla medicina; il massimo sviluppo è dato all'anatomia e alla fisiologia, il cui insegnamento è biennale.

Nel secondo biennio lo studente viene preparato ai metodi di esame del malato e ai mezzi curativi; i corsi di patologia generale e di anatomia patologica si coordinano con quelli delle due patologie speciali, con indirizzo metodologico; sono tutti biennali; s'insegna anche la farmacologia, integrata dalla materia medica.

Il terzo biennio è dedicato alle cliniche. L'insegnamento delle due cliniche generali, medica e chirurgica, s'impartisce per tutto il biennio; quello delle cliniche ostetrico-ginecologica e pediatrica per un anno; quello di altre cinque cliniche speciali per un semestre, con non meno di 25 lezioni. Vengono anche impartiti gl'insegnamenti dell'igiene e della medicina legale, quest'ultima integrata dalla medicina assicurativa. Prima della laurea è reso obbligatorio un semestre d'internato in grandi ospedali.

La riforma proposta è organica e risponde a finalità pratiche.

Deliberazioni del Consiglio Superiore Educazione Nazionale.

Sotto la presidenza del Ministro, si è riunito il Consiglio superiore della Educazione nazionale. Sono stati trattati numerosi argomenti, fra i quali sono di particolare importanza i seguenti:

1) Il Consiglio, relatori Frugoni e Rondoni, ha espresso parere contrario unanime all'accoglimento della proposta formulata da alcune amministrazioni ospitaliere tendente a limitare la attività professionale dei direttori delle Cliniche.

È stato considerato che la attività professionale è necessaria alla cultura scientifica e pratica dei clinici ed è utile al decoro dell'Istituto scientifico che essi dirigono, mentre è doveroso dal punto di vista sociale non privare gli infermi dell'assistenza dei maestri più insigni della scienza sanitaria.

2) Il Consiglio, relatori Perez e De Blasi, ha espresso, altresì, il parere che l'art. 7 del R. D. Legge 10 febbraio 1924, n. 546, sia interpretato nel senso che nessun limite può essere posto al controllo necroscopico.

Il Consiglio ha osservato che ragioni di supremo interesse sociale impongono il riscontro diagnostico, sia per affinare l'abilità diagnostica dalla quale dipende l'efficacia curativa, sia per frenare l'inconveniente delle statistiche mortuarie, nelle quali, abitualmente, figurano numerosi morti, o da cause ignote, o con una diagnosi di ripiego.

3) Il Consiglio, relatore Perez, ha rigettato la proposta tendente a limitare l'esercizio della professione odontologica ai soli diplomati dalle scuole di perfezionamento post-universitario, considerando che, per le disposizioni vigenti, tutti coloro che sono abilitati all'esercizio della professione di medico chirurgo sono ammessi ad esplicare la loro attività in qualsiasi ramo della medicina e chirurgia, fatta eccezione per la sola Roentgen e radium-terapia.

(Dall'« Avv. Sanit. », 10 ott. 1935-XIII).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

GARBAGNATE. — (Vedere MILANO).

IMPERIA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Proroga al 28 ottobre, ore 18, al concorso di direttore del Consorzio e del Dispensario Provinc.; stip. L. 19.000 aumentabile a L. 21.000 oltre L. 5200 indenn. serv. att.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Proroga al 15 novembre, ore 16, dei concorsi a primario specialista, prosettore e due medici assistenti interni nel Sanatorio Vitt. Em. III presso Garbagnate Milanese.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Il Comune cerca Medico Chirurgo interinale condotta vacante. Chiedere informazioni alla Segreteria Comunale.

ROMA. *Ministero degli Esteri.* — La Missione cattolica italiana di Changsha (Cina) richiede, pel tramite del R. Consolato di Hankow, un medico italiano. Impegno triennale, rinnovabile con consenso reciproco. Condizioni finanziarie: dollari messicani 300 primo anno (pari lire it. 1300 circa) e 200 secondo e terzo anno (pari Lit. 900 circa). Tale stipendio fisso ha valore di incoraggiamento pel periodo iniziale perchè in seguito la clientela redditizia non sarà rappresentata dall'ambiente missionario, ma dall'ambiente indigeno che, nel frattempo, avrà appreso a conoscere e ad apprezzare l'opera del medico italiano.

Per le offerte e richieste di ulteriori informazioni indirizzare al Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale degli Italiani all'Estero, Roma.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Proroga al 30 dicembre, ore 18, del concorso a primario dermosifilopata.

CONCORSI A PREMI.

R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna.

La Classe di Scienze Fisiche della R. Accademia delle Scienze di Bologna, in base allo statuto della Fondazione Premio « Socrate Paggi », mette a pubblico concorso due premi annuali, di L. 750 circa ciascuno, da attribuirsi a due memorie riguardanti l'una la medicina pratica, l'altra la chirurgia pratica. Per questo dodicesimo concorso i temi proposti sono per la medicina pratica: « Patogenesi e terapia dell'asma »; per la chirurgia pratica: « La chirurgia nella cura dell'artritismo ». Le memorie portanti la dichiarazione esplicita di concorrere al premio « Socrate Paggi » dovranno pervenire franche a Bologna entro il 31 dicembre 1935, con questo preciso indirizzo: R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna - Classe di Scienze Fisiche. Per le altre condizioni chiedere copia del bando di concorso.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

La Società, per onorare la memoria dei compianti soci Gaiani, Sgarzi e Malaguti, bandisce i concorsi ai seguenti premi:

Premio Gaiani di lire millecinquecento: sarà conferito ad una memoria scientifica sul tema: « L'indagine elettrocardiografica nella semeiotica delle affezioni del miocardio ».

Premio Sgarzi di lire mille: sarà conferito ad una memoria scientifica sul tema: « Azioni biologiche ed effetti terapeutici delle onde corte (Marconibiologia e Marconiterapia) ».

Premio Malaguti di lire cinquecento: sarà conferito ad una memoria scientifica dal titolo: « Sulle lesioni da corrente elettrica ».

Le memorie dovranno giungere alla Segreteria della Società, Bologna, piazza Galvani 1, Archiginnasio, entro il 31 ottobre 1936. Chiedere copia del bando di concorso.

Società Italiana di Pediatria.

Giusta lo Statuto della Fondazione « Luigi Concetti » è aperto il 6° concorso nazionale al premio di L. 2000 da assegnarsi alla migliore monografia riguardante studi pediatrici pubblicata nel biennio 1934-35.

Al premio possono concorrere monografie stampate o dattilografate non presentate ad altro concorso.

Coloro che intendono prendere parte al concorso devono rivolgere la loro domanda, accompagnata da tre copie delle monografie, alla presidenza della « Società Italiana di Pediatria » (corso Bramante 29, Torino) non più tardi del 31 dicembre 1935-XIV.

La Commissione giudicatrice sarà composta di tre membri da nominarsi dal Direttorio della Società, con le modalità prescritte dallo Statuto.

Il premio sarà assegnato entro il 1936 dal Direttorio della « Società Italiana di Pediatria » in base alla Relazione della Commissione giudicatrice.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'Università di Budapest, in occasione delle feste pel tricentenario, ha conferito la nomina di dottore « honoris causa » al dott. prof. padre Agostino Gemelli.

Con recente R. D. è stata conferita al dott. Alberto Paolucci, medico provinciale di Viterbo, la medaglia di bronzo « al merito della Sanità Pubblica ».

Sono trasferiti i professori di fisiologia: Ugo Lombroso da Palermo a Genova, Camillo Artom da Cagliari a Palermo, Igino Spadolini da Siena a Pisa; i professori di clinica ostetrico-ginecologica: Giacomo Aymerich da Catania a Bari, Salvatore Scaglione da Perugia a Catania, Luigi Bacialli da Sassari a Modena; il prof. Giorgio Benassi, di medicina legale, è trasferito da Modena a Bologna; il prof. Lionello De Lesi, di clinica neuro-psichiatrica, è trasferito da Cagliari a Genova.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Umberto Boncinelli, in batteriologia e immunologia; Francesco Mazza, in chimica biologica; Guglielmo Scala, in clinica medica; Guglielmo Righini, in clinica delle malattie delle vie urinarie; Vito Consoli, in clinica ostetrica e ginecologica; Giulio Maragliano, Pompeo Rolando Ricci, in patologia speciale medica; Luigi Vercellino, in patologia e clinica dermosifilopatica; Tomaso Sarnelli, in patologia e igiene coloniale; Antonio Di Natale, in tisiologia.

In esito a domanda, il prof. E. Gajoux passa dalla cattedra di clinica medica a quella di terapia nell'Università di Marsiglia; il prof. C. Mattéi passa dalla cattedra di terapia a quella di clinica medica.

Il premio Goudard dell'Accademia di Medicina di Parigi è stato conferito al dott. Poenaru-Caplescu, docente all'Università di Bucarest, per i suoi studi clinici sull'appendicite, argomento di cui egli si occupa da oltre venti anni.

Il prof. E. Magnus Alsleben, ordinario di medicina interna a Vürzburg e direttore di quella Policlinica medica, ha accolto un invito ad Angora (Turchia).

☛ **Utilissimo ad ogni Medico:**

Il Diritto Pubblico Sanitario

Periodico mensile di legislazione e giurisprudenza

Direttori:

On. dott. **Aristide Carapelle,** Consigliere di Stato.

Avv. **Giovanni Selvaggi,** Esercente in Cassazione.

Editori **Fratelli Pozzi** — Roma

Il Numero 9 (Settembre 1935) contiene:

A. CARAPELLE: **I concorsi a posti di medico condotto.**

Rassegna di giurisprudenza: Sanitari ospedalieri; percentuali. — Concorsi; esclusioni per irregolarità formali. — Licenziamento per soppressione di posto. — Concorso; revoca; esclusione.

Leggi e Atti del Governo: Nuova disciplina giuridica dell'esercizio delle professioni sanitarie.

Prezzo del suddetto numero separato L. **5**

N. B. - L'abbonamento ai dodici Numeri del 1935 costa L. 36, ma agli associati al « Policlinico » è concesso per sole L. 30, che vanno inviate, mediante Vaglia Postale o Bancario, all'Amministrazione del « Diritto Pubblico Sanitario » (Editori Fratelli Pozzi). Via Sistina 14. Roma. ***Al ricevimento dell'importo verranno spediti subito tutti i Numeri già pubblicati dal Gennaio.***

NOTIZIE DIVERSE

I congressi medici di Bologna.

Vanno svolgendosi i diciotto congressi organizzati a Bologna: assumono il carattere del più importante avvenimento medico dell'annata in Italia.

Il nostro periodico è rappresentato, in queste riunioni, da redattori ordinari e da collaboratori.

In ragione della strettezza dello spazio, ci limitiamo a dare brevi cenni di cronaca di tali congressi, a misura che ce ne giungono le notizie. Ci riserviamo di pubblicare, in secondo tempo, i resoconti dei lavori di alcuni congressi, che maggiormente interessano la generalità dei lettori.

Abbiamo già dato notizia del convegno della previdenza sociale.

* * *

Il congresso di marconiterapia ebbe luogo il giorno 4; all'inaugurazione intervennero il prefetto dott. Natoli, il cardinale Nasalli-Rocca, il commissario prefettizio dott. Pascucci, che portò il saluto del Comune; il preside della Facoltà medica, prof. Martinotti, che recò il saluto dello Studio bolognese, il quale nell'albo dei suoi Maestri e Dottori vanta i nomi di Augusto Righi e di Guglielmo Marconi. Il presidente del congresso, prof. V. Maragliano, trattò il tema « Conquiste e problemi della marconiterapia »; furono poi svolte e discusse altre relazioni e comunicazioni.

Al convegno interregionale di radiologia medica, tenutosi il giorno 5, intervennero o aderirono i maggiori radiologi d'Italia. All'inaugurazione parlarono il prof. Bellei per il commissario prefettizio, il prof. Mainoldi per il segretario del Sindacato Medici, il presidente del congresso prof. Palmieri, il fondatore della Società di radiologia medica prof. Pini, l'attuale presidente della Società prof. Siciliani. I dottori Bollini e Zanetti svolsero il tema « Contributi della radiologia al problema del meccanismo di vuotamento della colecisti »; sullo stesso argomento seguirono numerose comunicazioni.

Il convegno di patologia generale si è tenuto l'8 e il 9; venne iniziato con discorsi del prof. Bellei per il Commissario prefettizio del Comune, del prof. Martinotti, preside della Facoltà medica, e del presidente prof. Centanni, che ha illustrato le « Prospettive sull'incremento degli studi sperimentali nel campo della patologia ». Seguirono le relazioni del prof. A. Zironi su « L'immunità non umorale con speciale riguardo alla immunità dei tessuti » e del prof. A. Botta sulla « Chimica dei tumori », nonchè numerose comunicazioni. Esauriti gli argomenti, si è dichiarata ricostituita la Società italiana di patologia, che aveva sospeso la sua attività nell'immediato dopo-guerra; la presidenza è stata affidata al prof. Centanni.

Il congresso nazionale di dermatologia e sifilografia si è adunato il giorno 10; dopo il saluto del prof. Bellei, a nome del commissario prefettizio, il presidente del Comitato ordinatore, prof. Martinotti, ha pronunziato il discorso inaugurale, mettendo in rilievo l'importanza della disciplina dermo-sifilografica. La presidenza dei lavori venne affidata al prof. Jadassohn, di Zurigo. Il prof. Martinotti trattò il tema « L'acrodermatite di Hallopeau »; il prof. Jadassohn riferì sulla topografia delle dermatosi. Seguirono le comunicazioni. Esauriti i lavori, e dopo che il prof. Martinotti ebbe pronunziato il discorso di chiusura, il prof. Jadassohn di Zurigo e Callomon di Dessau ebbero parole di viva ammirazione per l'Italia.

Mentre il giornale va in macchina, va svolgendosi il congresso di ostetricia e ginecologia, che ha raccolto i maggiori cultori italiani della specialità e moltissimi medici di tutta Italia. All'inaugurazione, avvenuta il 12 ottobre, ha parlato per primo il commissario prefettizio al Comune, comm. Pascucci, che chiuse con le parole di Pascoli: « la grande proletaria si è mossa »; seguirono il preside della Facoltà medica, prof. Martinotti, e il presidente del Congresso prof. Sfameni, che pronunziò il discorso inaugurale. Da ultimo il prof. Alfieri, presidente della Società, elevò il pensiero al Re e al Duce; diresse un saluto ai fratelli che in terra d'Africa combattono per la civiltà; espose poi l'attività del sodalizio e infine commemorò i soci scomparsi, in particolare il Maestro insigne sen. Pestalozza.

Nella seduta pomeridiana si sono iniziati i lavori, con la relazione del prof. S. Scaglione sul tema « La donna e lo sport ».

Tutti i congressi hanno provveduto all'invio di telegrammi patriottici al Duce.

6º Congresso italiano di medicina legale.

Si è tenuto a Milano, nell'Istituto di medicina legale della R. Università, il 10 e 13 ottobre. All'inaugurazione erano presenti i Rettori delle Università milanesi, le LL. EE. il Primo Presidente della Corte d'Appello, Tito Freda, il Procuratore Generale Ranelletti, nonchè il Procuratore del Re Omodei Zorini ed una larga rappresentanza della Magistratura. Il Comune di Milano era rappresentato dal consultore prof. Baslini e dal medico capo prof. Ragazzi; il Corpo medico militare, dal direttore di sanità del Corpo d'Armata e da molti ufficiali medici.

I partecipanti al Congresso furono ricevuti dal prof. Antonio Cazzaniga, promotore ed ordinatore del Congresso. Presiedeva il prof. Gian Giacomo Perrando, della R. Università di Genova.

Speciale interesse destò la relazione del prof. Boldrini su « I problemi medico-legali del matrimonio canonico », ampiamente discussa; largo sviluppo ebbe anche la relazione dei proff. Rizzatti e Menesini su « Le moderne dottrine caratterologiche e l'antropologia criminale ». Numerosissime le comunicazioni. Furono commemorati i proff. Ottolenghi e Lombroso e venne compiuta una gita a Verona per rendere omaggio alla memoria di Lombroso.

Congressi vari.

Mentre questo numero va in macchina, si tiene a Palermo il 24° Convegno della Società Italiana per il Progresso delle Scienze.

A Trieste, dal 7 al 9 ottobre, si è svolto il 33° Congresso della Società italiana di oftalmologia. All'inaugurazione assisteva il Duca d'Aosta; erano presenti il Prefetto, il comandante del Corpo d'Armata, il Podestà. Il sen. Ovio parlò sulla missione dell'oculista.

I congressisti si sono recati in pellegrinaggio al

monumento di Oberdan, dove hanno deposto una corona, e più tardi al monumento ai Caduti a San Giusto.

La Società internazionale d'idrologia medica si aduna a Bruxelles dal 12 al 17 ottobre. Per eventuali informazioni rivolgersi al Dr. Michez, avenue Gilbert Giraud 52, Bruxelles, Belgio.

Una riunione idrologica e climatologica avrà luogo a Montpellier nel marzo 1936, sotto gli auspicî della « Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen ». Relazioni: « Il colpo di sole » (prof. Aimes), « Il colpo di calore » (prof. Mouriquand); « Gli accidenti da luce » (dott. Jausion). Rivolgersi al prof. A. Puech, rue de Canneau 1, Montpellier, Francia.

La 17ª riunione annua della Società francese d'ortopedia si è tenuta a Bruxelles il 4 e il 5 ottobre.

Il 1º Congresso internazionale di antropologia e psicologia criminale è indetto a Roma nell'aprile 1936.

La Società svizzera di neurologia e la Società svizzera di psichiatria si aduneranno il 9 e il 10 novembre a Friburgo. Per eventuali informazioni rivolgersi al presidente, Dr. Charles Dubois, Falkenhöheweg 20, Berna.

Si è tenuto a Parigi il 44º Congresso francese di chirurgia, sotto la presidenza del prof. G. Michel, di Nancy.

La Società tedesca per la storia della medicina, delle scienze naturali e della tecnica si è adunata a Bamberg dal 29 agosto al 2 settembre.

L'Accademia americana di oftalmologia e otolaringologia ha tenuto la sua 14ª sessione annuale a Cincinnati, dal 15 al 20 settembre.

Una lapide in memoria dei medici caduti ad Adua nel 1896.

Alla Scuola di applicazione di Sanità limitare, ha avuto luogo, l'8 ottobre, un commovente rito. È stata deposta una corona di alloro alla lapide che ricorda i medici caduti ad Adua nel 1896. La cerimonia semplice ed austera, si è svolta alla presenza del direttore della Scuola, del Corpo insegnante, di tutti gli ufficiali medici che frequentano il corso, i quali hanno voluto così glorificare, nel giorno della rivendicazione, i vecchi e nuovi eroi, caduti per la più grande Italia.

L'Ospedale Militare di Milano.

Come è noto, l'Ospedale Militare di Baggio va celermente completandosi. Il progetto, che importa una spesa di circa trenta milioni, prevede la costruzione del più vasto e moderno Ospedale Militare italiano. È già ultimato il padiglione con 50 letti riservato agli ufficiali infermi, mentre si sta per ultimare quello riservato agli infermi contagiosi. Ma mentre tante e così importanti opere sono tuttora in corso di esecuzione, l'Ospedale ha già una vasta efficienza con una media giornaliera di seicento ricoverati, nei suoi dodici padiglioni in funzione, e con un movimento quotidiano di entrata e uscita che riguarda un centinaio di militari al giorno.

All'Ospedale Militare di Baggio affluiscono i malati di tutto il Corpo d'Armata di Milano e dai territori di due Corpi d'Armata viciniori: Novara (Torino) e Brescia (Bolzano), per le malattie di specialità; per le malattie ordinarie, i malati della Divisione Legnano, dell'Aviazione, della Milizia, della Finanza e della Marina.

Corsi medici di perfezionamento.

Col 12 novembre p. v. verranno inaugurati il Corso di specialità in Tisiologia della durata di due anni scolastici e il Corso semestrale di perfezionamento in Clinica della Tubercolosi e malattie dell'Apparato respiratorio, con le stesse modalità di iscrizioni e di orario degli anni accademici precedenti. Tutti gli iscritti dovranno fare servizio di internato nell'Istituto « Carlo Forlanini », dove potranno esercitarsi nella diagnostica delle malattie polmonari ed apprendere la tecnica collassoterapica.

Le iscrizioni si chiuderanno col 10 novembre p. v.

Col prossimo anno accademico avrà inizio presso l'Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Napoli, un corso di perfezionamento per laureati, della durata di due anni (1935-36 e 1936-37).

Per informazioni rivolgersi alla Direzione della Clinica Pediatrica (S. Andrea delle Dame 4; Napoli 157); per tutto quanto riflette la iscrizione, alla Segreteria della Facoltà di Medicina della R. Università di Napoli.

Azioni giudiziarie.

I dottori M. e L., proprietari di una casa di salute per malattie mentali in Francia (V., dipartimento di Seine-et-Oise), avevano avuto in cura per 9 mesi una signora, il cui marito aveva fatto un deposito di 40.000 franchi, convenendo una quota mensile di 2900 franchi. All'atto della dimissione però egli ricevette delle note supplementari, per fr. 18.650, a titolo di assistenza infermiera. Egli disse di non avere con sè tale somma e aggiunse che avrebbe provveduto in seguito a regolare il conto; ma non avendolo più fatto, i due medici intentarono un'azione giudiziaria. Il cliente affermava che il contratto non lasciava adito ad imprevisti; anzi egli reclamava la restituzione di 2343 franchi, non consumati. Il Tribunale dette ragione ai medici, perchè il cliente non aveva sollevato contestazioni all'atto di ricevere le note supplementari. La Corte d'appello invece ha capovolto il giudizio, perchè il conto supplementare non era stato presentato insieme alle note mensili, ed ha condannato i due medici a restituire fr. 673; questo giudizio è stato confermato dalla Corte di Cassazione, secondo cui non si giustifica la presentazione in blocco delle note supplementari quando non era più possibile di verificarne l'esattezza.

A Belgrado si è svolto un processo intentato da un dentista, Dimitrievic, contro un chimico, Jeftic, il quale, durante un'estrazione, addentò ferocemente la mano che l'operava, il che rese necessaria l'amputazione di un dito. Il sanitario portò al Tribunale come documentazione il dito, conservato in un flacone d'alcool.

Un po' dovunque.

Il 9 ottobre è salpata da Napoli per l'A. O. la nave-ospedale « Helonau », in perfetta attrezzatura.

La « Reuter » segnala che il più moderno ospedale di Addis Abeba non può essere adoperato per legge internazionale. Si tratta dell'ospedale italiano ed il Governo abissino ha scoperto che siccome la guerra fra l'Italia e l'Abissinia non è stata dichiarata ufficialmente, l'ospedale non può essere sequestrato in forza delle leggi internazionali.

I servizi della Croce Rossa etiopica hanno domandato ai servizi della Croce Rossa internazionale dei sussidi mensili di 10 mila sterline.

In Argentina si è costituito un Comitato di radiobiologia; è presieduto dal prof. A. H. Roffo ed ha per segretario il dott. V. del Giudice; la fondazione era stata decisa al Congresso internazionale di radiologia tenutosi a Venezia.

La signora Rosa Boccioloni ha legato 80.000 lire all'Ospedale di Varallo Sessia.

La Fondazione Rockefeller ha assegnato 14.000 dollari all'Università di Michigan per lo studio dell'applicazione dei metodi spettroscopici ai problemi medici.

È stata inaugurata una nuova unità degli ospedali civici di Baltimora; è capace di 400 ricoverati. Questi ospedali sorsero nel 1865, come annessi alla « casa dei poveri »; nel 1927 fu approvato un programma, finanziato dal Governo con 4 milioni di dollari (50 milioni di lire italiane). Le nuove unità comprendono, tra l'altro, una casa per le infermiere, con 253 posti, un'aggiunta al reparto dei cronici, con 240 nuovi posti, un'aggiunta al reparto tubercolotici, con 134 nuovi posti (in via di costruzione). Quando il programma sarà completamente attuato, gli ospedali saranno capaci di 2800 letti, di cui 1700 per pazienti e 1100 per vecchi indigenti.

A cura del Governo Federale degli Stati Uniti è stato costruito un ospedale per indiani tubercolotici nel Minnesota; è adiacente all'Ospedale statale di Walker; è costato 250.000 dollari (circa 3 milioni di lire it.).

A Budapest verrà costruito nel 1936 un ospedale internazionale per il trattamento dei reumatismi, in considerazione delle risorse antireumatiche della città.

Nella città di Baku (Russia transcaucasica) si è ultimata la costruzione di un grande Istituto di fisioterapia, il quale comprende servizi di idro-, foto-, meccano-, elettro-, radio-terapia, un servizio ginecologico, fanghi, un inalatorio.

Nella città di Tachkent si è inaugurato un ospedale epidemiologico modernamente attrezzato; sorge in un vasto parco. La città, capitale dell'Asia centrale russa, conta ora 300.000 abitanti e vanta 26 ospedali con 3110 letti; nel 1914 contava solo 40.000 abitanti e non v'erano che 2 ospedali ed un'infermeria, con 282 letti.

L'Ospedale Hindenburg di Berlino-Zehlendorf, che era stato chiuso alcuni anni or sono per ragioni economiche, è stato ora acquistato dal fisco militare.

In Russia sono state istituite quattro nuove Scuole di medicina: e Leningrado, Stalingrado, Nwosibirsk e Koursk; così le Facoltà mediche nell'U. R. S. S. sono portate a 40; alcuni centri, come Leningrado e Mosca, hanno più Scuole mediche.

Il 29 settembre si è celebrata in Pistoia la traslazione delle Salme dei tre illustri anatomisti pistoiesi del secolo scorso Filippo Civinini, Filippo Pacini e Atto Tigri, che insegnarono nelle Università di Pisa, Firenze e Siena. Alla cerimonia intervennero o aderirono le Autorità ed esponenti del mondo Universitario, Accademico, Ospitaliero e Medico d'Italia. Il discorso commemorativo fu tenuto nel Salone dello storico Palazzo Comunale dal prof. Luigi Castaldi, direttore del R. Istituto di Anatomia di Cagliari.

Molti medici intervenuti al congresso internazionale per la trasfusione del sangue, si sono recati a Poppi, in Casentino, per inaugurare una lapide sulla casa natale del medico Francesco Folli, che cinquanta anni or sono ideò la trasfusione del sangue. Parlarono il prof. Frenchen, danese, e il prof. Pazzini, di Roma.

Il « Liverpool Medico-Chirurgical Journal » ha dedicato un numero alla memoria di Hugh Owen Thomas, in occasione del centenario della nascita dell'insigne ortopedico. Il fascicolo, di 65 pagine, riccamente illustrato, reca due articoli, di T. P. Mc Murray e di H. Platt, nonchè alcune recensioni di libri d'ortopedia. (Sede del periodico: Medical Institution 114, Mount Pleasant 3, Liverpool; prezzo del fascicolo: mezza corona).

Un medico primario di un grande sanatorio della Turingia è rimasto ucciso perchè, mentre beveva, gli andò in gola una vespa e lo punse: si determinò uno *shock* letale.

Il dott. Strebkof, di Scerdovsk, presso Riga, a quanto riferisce la « Prawda », è stato arrestato per aver rilasciato un certificato di morte 35 giorni prima che la morte del paziente, certo Kobozief, avvenisse realmente.

Il dott. Francesco Randone, a Pachino, venne proditoriamente aggredito, con un lungo spiedo, da un operaio, certo Concetto Costa, che lo accusava di non aver saputo guarire il nipote; il medico riportò una ferita alla regione dorsale.

Il 27 settembre, in una borgata di Siena, verso le 2 del mattino, il dott. Alberto Rinaldi, di 63 anni, veniva aggredito e ucciso a colpi di bastone da un individuo rimasto sconosciuto.

Per un infortunio automobilistico ha perduto la vita il dott. Cortés Pastor, presidente del Collegio Medico di Valenza (Spagna).

Il dott. A. Darcourt di Marsiglia, uno dei pionieri della roentgenologia, ha dovuto subire il dodicesimo intervento chirurgico.

La polizia di Atene ha arrestato un certo Chloros, che tra altre attività criminose fabbricava delle lauree in medicina, perfettamente imitate: la tariffa per ogni diploma era di 50.000 dramme (circa 5000 lire it.).

Il ciarlatanismo in medicina rappresenta evidentemente un grave pericolo, sia che venga esercitato da profani, sia da persone che posseggono qualche esperienza professionale, come i farmacisti, o anche, talvolta, gli stessi medici provvisti di laurea. Questi ultimi non sempre sono al sicuro dalle sanzioni legali. In una relazione fatta in una riunione della « Union internazionale contre le péril vénérien » a Madrid, il sig. Schaenen, di Bruxelles, si è occupato dell'importante argomento, con speciale riguardo al ciarlatanismo nelle malattie veneree. Quarantacinque Paesi, finora, hanno adottato provvedimenti legali contro il ciarlatanismo medico: degli Stati europei, la Francia risulterebbe il Paese che ha organizzato nel modo migliore la difesa.

Il 9 ottobre spirava in Roma a 71 anni il dott. EUTIMIO MASELLI. Fu assistente ed aiuto chirurgo degli Ospedali di Roma. Ricordiamo che fu tra i primissimi in Italia ad intervenire chirurgicamente per ferite del cuore praticando la sutura del ventricolo nel 1899 in un piccolo ospedale di Provincia (Zagarolo). Le sue alte qualità morali e la sua perizia medica gli valsero larga rinomanza e stima nella sua Provincia e nei lunghi anni passati in America ove contribuì con il prestigio della sua opera professionale e della sua azione a tener alto il nome dei nostri connazionali e della Patria.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 16 settembre al 22 settembre: Morbillo 157 (452); Scarlattina 142 (381); Pertosse 76 (187); Varicella 40 (55); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 535 (1150); Infezioni paratifiche 79 (127); Febbre ondulante 28 (36); Dissenteria 20 (27); Difterite e croup 252 (452); Meningite cerebro-spinale epidemica 7 (7); Poliomielite anteriore acuta 21 (21); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 9 (13); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 40 (56), dichiarata — (—); Pustola maligna 39 (46)

Denunzie dal 23 settembre al 29 settembre: Morbillo 132 (353); Scarlattino 140 (376); Pertosse 61 (153); Varicella 50 (74); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 535 (1131); Infezioni paratifiche 116 (157); Febbre ondulante 21 (23); Dissenteria 15 (16); Difterite e croup 232 (420); Meningite cerebro-spinale epidemica 9 (9); Poliomielite anteriore acuta 24 (34); Encefalite letargica — (—); Anchilostomiasi 13 (25); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 36 (67), dichiarata — (—); Pustola maligna 23 (29).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Surg., Gyn. a. Obst., mag. — In memoria di F. H. Martin. — C. E. BIRD. Simpatectomia come intervento preliminare nel trattamento dell'aneurisma popliteo. — F. C. HITL e C. M. WILHELMS. Meccanismo con cui l'acidità di un pasto è ridotta nello stomaco.

Journal A. M. A., 4 mag. — F. C. HELWIG e al. Intossicazione da acqua. — L. LOEB. Ormoni estrogeni e carcinogenesi. — B. FANTUS. Terapia dell'azotemia.

Diagnostica e Tecn. di Lab., 25 feb. — M. FIORENTINO e al. Le prove della funzione renale.

Riforma Med., 11 mag. N. SANGUIGNO. Il pancreas nelle malattie del fegato. — 14 mag. A. CANTANI. Proteinoterapia aspecifica.

Münch. Med. Woch., 16 mag. — H. KÜSHNER. La luce rossa in ginecologia. — B. WIESNER. Encefalite pertossica.

Paris Méd., 18 mag. — Malattie del fegato e del pancreas.

Giorn. di Batter. e Imm., apr. — E. PUGNANI. Equilibri delle difese immunitarie. — C. RUSSO. Bacilli metadissenterici.

Arch. It. Mal. App. Diger., apr. — G. M. FASIANI e A. CHIATELLINO. Anemie da resezione gastrica. — F. MICHELI. Achilia gastrica e anemie.

Minerva Med., 19 mag. — A. CIMINATA. Gastrite ipertrofica della pars pilorica.

Jornal dos Clinicos, 15 e 30 mar. — G. LONDRES e M. DE SENNA. Nefrite acuta e crisi convulsive.

Deut. Med. Woch., 24 mag. — BUTENANDT. Ormoni sessuali. — DOMAGK. Disinfettanti.

Münch. Med. Woch., 23 mag. — J. SCHÜLLER. Tbc. traumatica. — H. HINSELMANN. Nuova direttiva nella lotta contro il carcinoma della portio.

Presse Méd., 22 mag. — A. BONTARIET. Nuovo metodo d'investigazione clinica basato sulla fluorescenza. — P.-J. FEITELBERG. L'embolectomia.

Ginecologia, apr. — S. ZOCCHI. Punto doloroso costo-lombare del Cova. — P. SPOTO. Prostigmina.

Clin. Chir., apr. — C. BERNABEO. Paratiroidectomia e morbo di Recklinghausen. — PUCCIONI. Equilibrio acido-basico.

Riv. San. Sicil., 15 mag. — L. CARMONA. Le paratiroidi e il ricambio degli idrati di C.

Rev. de Chir., mag. — A. BÉYOUL. Malattia di Dupuytren.

Wien. Klin. Woch., mag. — Numero pel cinquantennio della rivista; 35 lavori.

Giorn. di Cl. Med., 20 mag. — E. BERNABEO. Osteoartrite cron. sperim. e paratormone.

Presse Méd., 25 mag. — G. GIRAUD. Malattia di RIGNANI. Infiltrato tbc. di Assmann.

Brit. Med. Journ., 25 mag. — F. E. CAMPS e al. Tonsilliti.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mag. — Numero di dermatosifilografia.

Accad. Med., apr. — M. MARTINY. La specificità in biologia.

Mediz. Klinik, 24 mag. — F. SIEGERT. Acceleramento del parto mediante farmaci. — K. HOFFMANN. Prova dell'alcool nel sangue.

Arch. Mal. d. Reins ecc., mar. — H. CHABANIER e C. LOBO-ONELL. Glomerulonefriti

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mag. — J. E. TRITSCH e R. BROWN. I barbiturati nel travaglio di primipare. — D. S. PANKRATZ. Determinaz. del sesso. — C. A. GORDON. Setticemia puerperale da

Memento :

Le OPERE DI MEDICINA CHIRURGIA ED IGIENE

pubblicate dalla Casa Editrice LUIGI POZZI di Roma

gli abbonati al « POLICLINICO » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste edite dalla stessa Casa possono ottenerle:

a) contro pagamento a contanti *ai prezzi di favore* indicati negli annunzi dei singoli volumi, inviando, cioè, il rispettivo importo contemporaneamente alla richiesta;

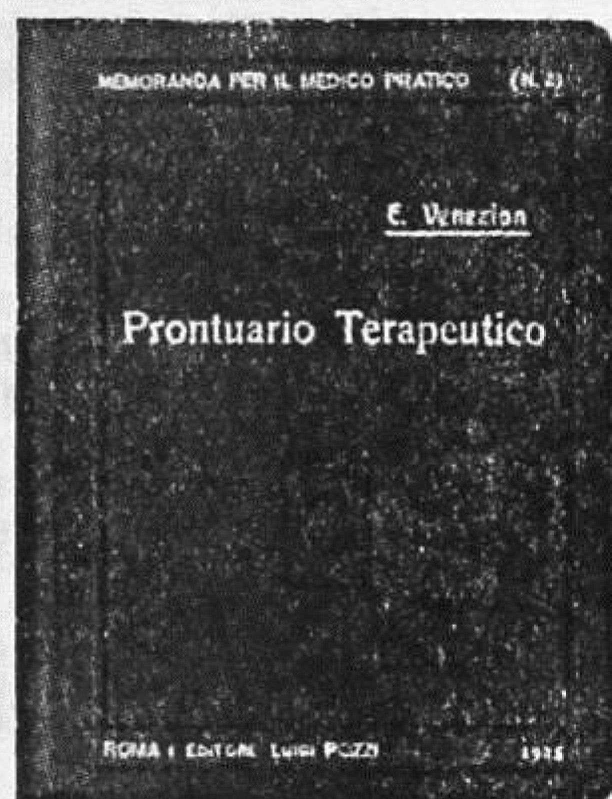
oppure

b) *al prezzo impresso sulla copertina dei volumi,* contro pagamento rateale. Il totale, *considerato al prezzo di copertina,* può essere corrisposto con un primo versamento pari a un *terzo* dell'ammontare della richiesta e la rimanente somma mediante rate mensili da L. 20 cadauna. Con il primo versamento si deve inviare l'impegno scritto del pagamento rateale mensile fino al completo saldo.

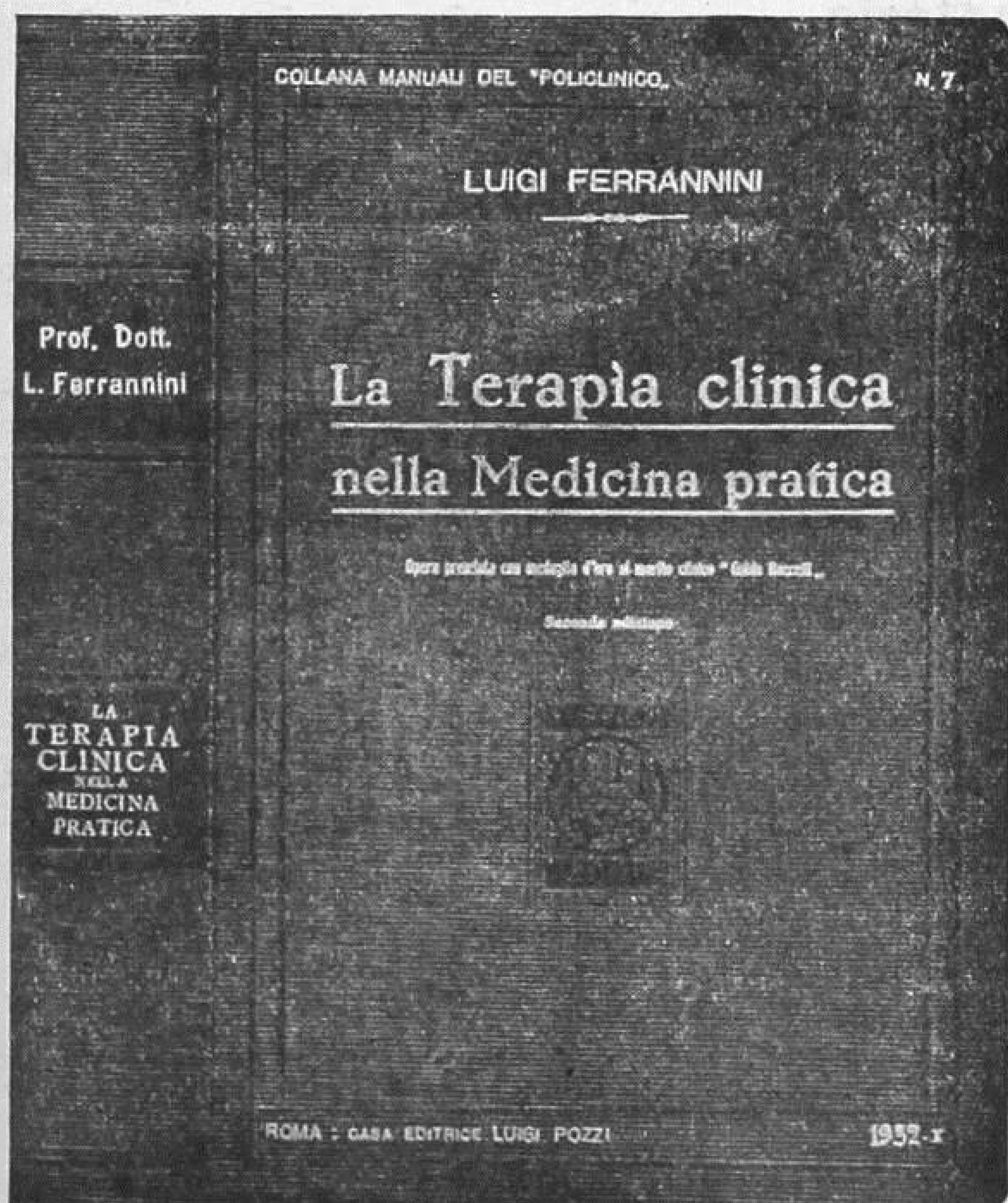
N. B. - A richiesta si invia il catalogo generale di tutte le opere:

Fac simili delle nostre edizioni rilegate in tela.

A circa un terzo dal vero



Prezzo L. **25**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **22**, franco di porto in Italia. Per l'estero L. **23**.

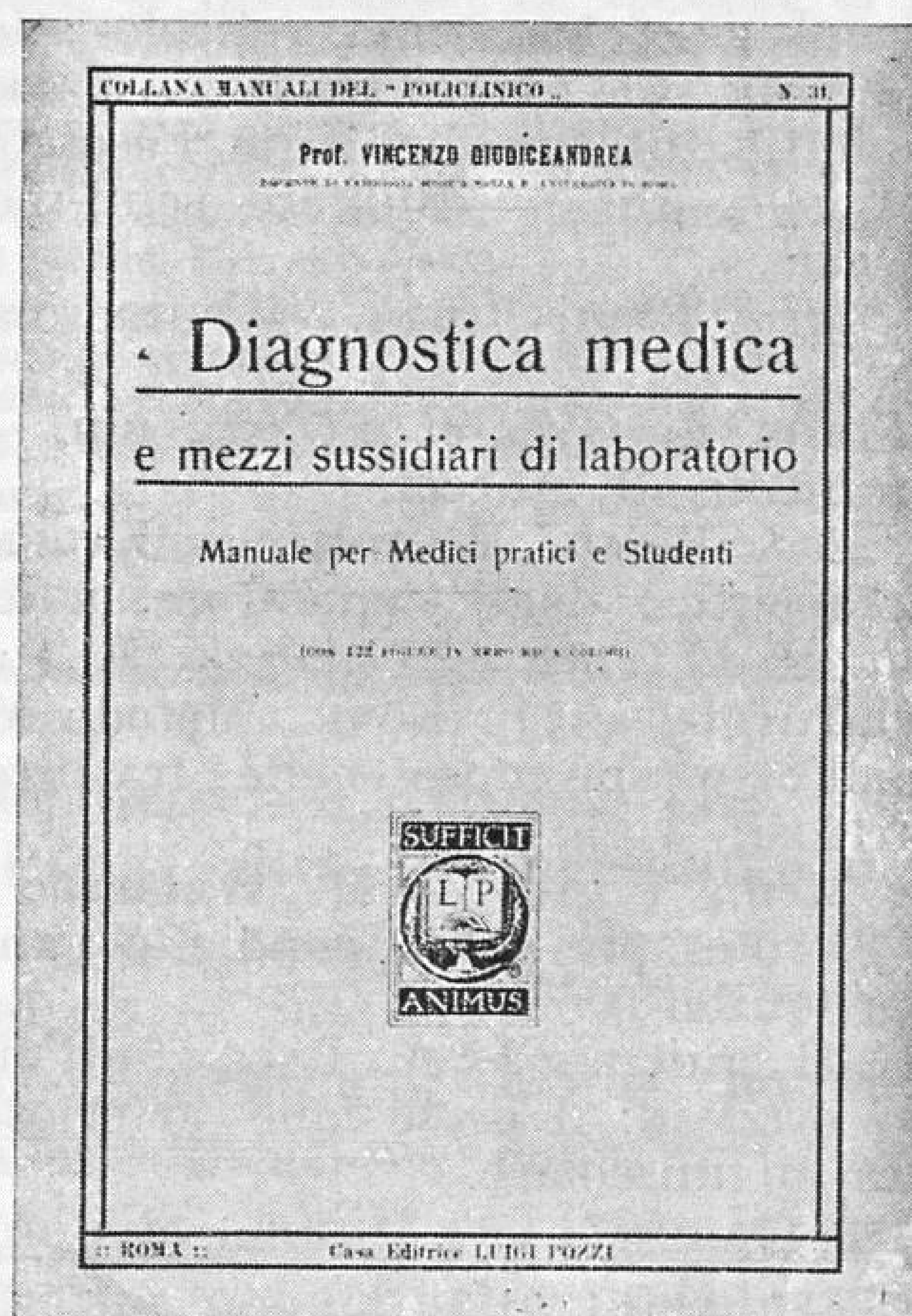


Prezzo: in brochure L. **56**, rilegato in tela L. **64**; più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, rispettivamente, sole L. **50** e L. **58**, franco di porto in Italia. Per l'estero, rispettivamente, L. **54** e L. **62**.

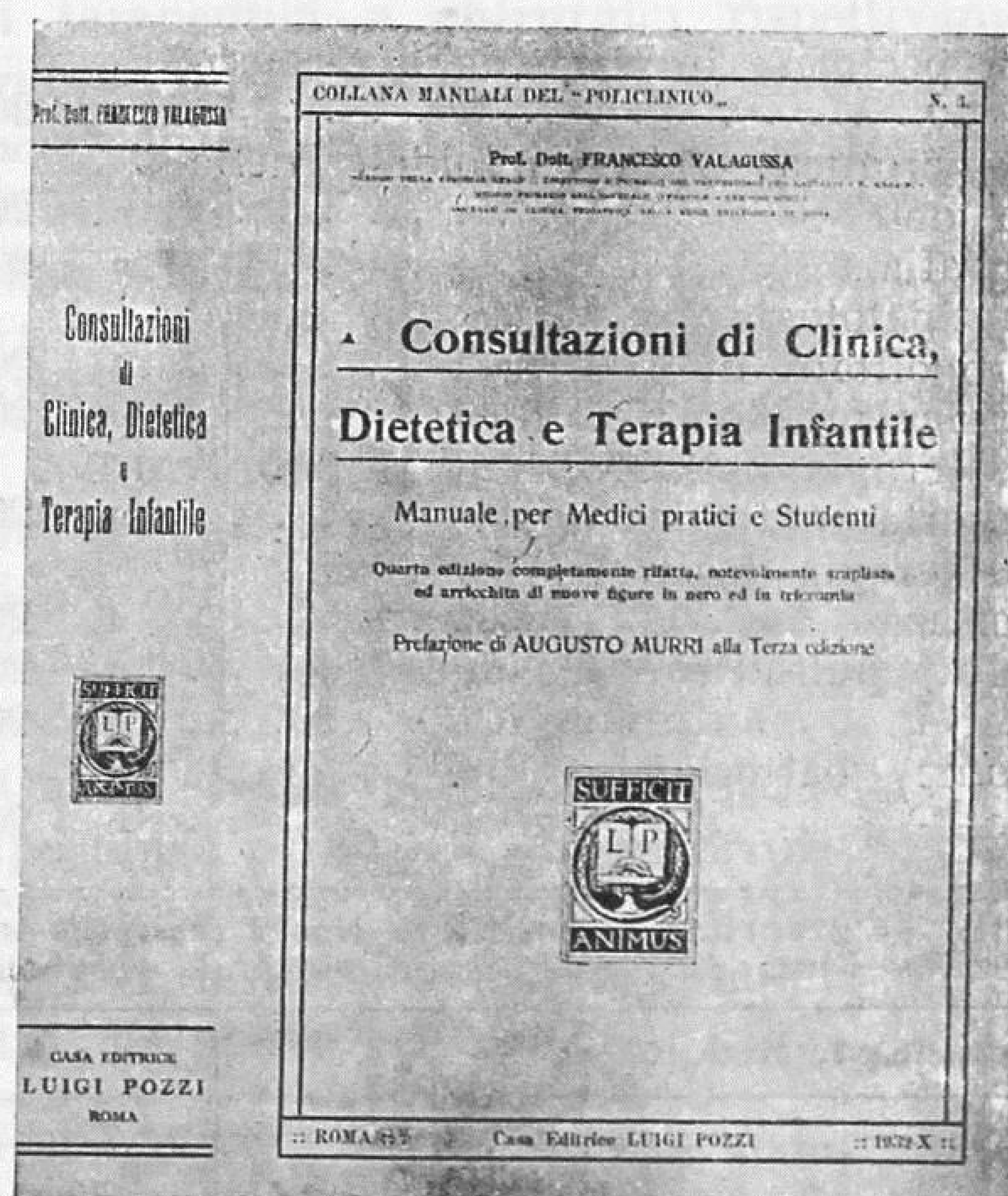
A circa un terzo dal vero

Fac simili delle nostre edizioni in brochure.

A circa un terzo dal vero



Prezzo L. **68**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **50**, franco di porto in Italia. Per l'estero L. **55**.



Prezzo: in brochure L. **75**, rilegato in tela L. **85**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, rispettivamente, sole L. **60** e L. **70**, franco di porto in Italia. Per l'estero, rispettivamente, L. **70** e L. **75**.

A circa un terzo dal vero

B welchii. — W. PELTON TEW. Operaz. di Spinelli.

Arch. di Patol. e Cl. Med., mag. — L. BARGI. Ricambio idrocarbonato ed acido ossalico. — G. AZZOLINI. Patogenesi della cosidetta « azotemia cloropriva ».

Lancet, 25 mag. — C. R. HARINGTON. Base biochimica della funzione tiroidea.

Riv. di Patol. nerv. e ment., mar.-apr. — V. TRONCONI. La nevroglia. — P. MANUNZA. Edema polm. di orig. nervosa. — H. HANDEL. Influenza del lobo anter. dell'ipofisi sul metabolismo degli idrati di C. — E. FENZA. Tbc. e demenza precoce.

Riv. di Chir., mag. — G. IESU. Calcemia postoperatoria.

Arch. p. l. Sc. Med., apr. — G. DOMINI e G. OLIVA. Studi sull'urobilina. — D. DONATI. Milza ed equilibrio calçio-potassico. — D. CAMPANACCI e A. RECUSANI. Azione dei preparati di zolfo sull'ossalemia.

Cl. Med. It., mag. — P. INTROZZI e A. MARIANI. Potere amilolitico della saliva e del siero.

Arch. It. di Anat. e Ist. Pat., gen.-feb. — N. ANDREIS. Senescenza dell'ipofisi umana. — E. PEDONE. Neoplasie del sistema reticolo-istiocitario.

Med. Klinik, 31 mag. — R. E. MARK. Terapia delle malattie interne mediante l'esercizio.

Practitioner, giu. — Numero semi-monografico di ostetricia.

Journ. Méd. Franç., mag. — Numero sull'ultravirus tbc.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., giu. — 4° Congresso francese di ginecol.

Deut. Med. Woch., 31 mag. — KAUFMANN. Impiego terapeutico degli ormoni sessuali femm.

Münch. Med. Woch., 30 mag. — E. PAYR. L'ozono in chirurgia. — F. KÖNIG. Metodo Matti d'innesto dell'osso spugnoso nelle fratture e nelle pseudoartrosi.

Presse Méd., 1 giu. — M. WEINBERG e M. LAQUIÈRE. Sieroterapia dell'appendicite gangrenosa e della peritonite.

Lancet, 1 giu. — J. A. RYLE. Sull'allergia. — M. SCHWARTZMAN. L'occlusione arteriosa trattata con estratto muscolare.

Soc. d. Nat., *Bull. Trim. de l'Org. d'Hyg.*, mar. — H. MARTENSTEIN. Trattam. della sifilide. — A. CALMETTE e al. Bacillemia tbc.

Journ. A. M. A., 18 mag. — P. S. HENCH e al. Terapia febbrile nelle artriti. — J. M. FRAWLEY e H. M. GINSBUY. Morsi di ragni.

Rev. Méd.-Ch. Mal. du Foie ecc., mag.-giu. — H. SCHAEFFER. Fegato e sistema nervoso. — J. COTET e R. J. MION. Il dosaggio degli acidi biliari nel sangue.

Giorn. Med. Prat., mag. — F. MACCARI. Recente ripresa della sifilide.

Minerva Med., 2 giu. — R. OLIVETTI e G. VALLE. Proteidi serici in gravid. e puerperio. — G. C. DOGLIOTTI. Ricambio degli idrati di C negli ipofisari.

Arch. di Ortop., 31 mar. — Numero in onore del prof. R. Galeazzi.

Paris Méd., 1 giu. — Numero sulle malattie infettive.

Morgagni, 14 apr. — E. MACCHIA. Intubazione e tracheotomia.

Bordeaux Chir., gen.-apr. — Numero di ortopedia e chirurgia dell'apparato motore.

Jornal dos Clinicos, 15 apr. — G. LONDRES e E. RAMOS. Azotemie extra-renali.

Presse Méd., 8 giu. — P. HALBRON e H.-P. KLOTZ. Ipertensione arteriosa permanente e glandole endocrine.

Lancet, 8 giu. — A. H. DOUTHWAITE. Piresssia di origine oscura.

Deut. Med. Woch., 7 giu. — PUDZEUT. Esame e trattam. del reumatismo e della gotta con allergeni specifici.

Sang, 6. — Numero sulle leucemie.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., mag. — GUICHARD e PAPONNET. Pseudo-cancro retto-sigmoideo d'origine amebica. — L. MANGINELLI. L'istidina nella terapia gastrica

Giorn. di Batter. e Immun., mag. — G. ASCIONE e G. DI BELLO. Antagonismo fra tbc. e tripanosomiasi. — L. MICHELAZZI. Fenomeno di Sanarelli-Shwartzman. — G. CANAVERO. Dieta chetogena nelle colibatteriurie.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 28 Ottobre 1935 - XIII Num. 43

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE SPAGNOLO DI BUENOS AIRES
REPARTO DI CHIRURGIA GENERALE e GINECOLOGIA
diretto dal prof. A. GUTIÉRREZ.

L'anestesia peridurale di Pagés in ginecologia.

(Considerazioni su 315 interventi chirurgici su un totale di 1236 anestesie peridurali).

Dott. VICENTE RUIZ.

Da circa due anni e per la prima volta nel paese, abbiamo esperimentato nel servizio del prof. Gutierrez, un nuovo tipo di anestesia, *la anestesia metamerica extradurale, epi- o peridurale*, ideata da un chirurgo spagnolo, il dott. Fidel Pagés nel 1920, che, morto immaturatamente, potè pubblicare solo un lavoro nel 1921, riferendo i risultati ottenuti in 43 malati. La nuova anestesia, per questa ragione, fu sconosciuta fino a che il prof. Dogliotti, della Clinica del prof. Uffreduzzi di Torino, la fece nota come originale senza modificare sostanzialmente il metodo di Pagés (1).

Conviene ricordare tuttavia che, anteriormente a Pagés, altri AA. pensarono o tentarono una simile anestesia, ma i risultati furono negativi.

Tra essi va ricordato Cornig che nel 1885 tentò una modificazione della rachianestesia, che però non lo soddisfece. Posteriormente Sicard nel 1901 e poi Cathelin preconizzarono le iniezioni epidurali di sostanze anestesiche con fini terapeutici e chirurgici rispettivamente: seguono però la via sacrale e solo cercano il blocco delle ultime radici midollari.

Più tardi altri chirurghi come Laewen (1910) Tuffier, Reclus, Chipault, Hamecart, Shlimpert, Pachet, Kroning, Schneider, Kehrer (1916) Stoeckel, Bleek, Zwuifel, ecc. introducono sempre, per la via sacrale, quantità maggiori di anestetico cercando di ottenere blocchi più o meno alti ed alcuni di essi associano all'anestesia epidurale, il sonno prodotto dal veronal, morfina e scopolamina.

Questa breve rassegna storica ha capitale importanza perchè ci eviterà errori di concetto e ci impedirà di paragonare l'anestesia epidurale sacrale di Chatelin con quella che è oggetto di questo lavoro.

(1) A. M. DOGLIOTTI. *Un promettente metodo di anestesia tronculare in studio: la rachianestesia peridurale segmentaria.* Boll. e Mem. Soc. Piem. di Chirurgia, n. 7, 1921.

I tentativi degli AA. già citati non furono soddisfacenti e l'anestesia epidurale cadde in disuso per i risultati incostanti e per alcuni incidenti mortali osservati; con la tecnica ideata da Pagés tuttavia è tornata alquanto d'attualità perchè evita la preparazione ipnotica del p. e perchè è quasi innocua.

Prima di entrare nel cuore della questione faremo dei ricordi anatomici del canale rachideo, essendo essi di grande valore per comprendere la tecnica dell'anestesia. È noto che il canale vertebrale è un condotto osteoligamentoso, nel cui interno si trova il midollo spinale con le sue tre meningi, le radici sensitive e motorie, grasso fluido più o meno abbondante e vasi.

Importante a ricordare è il comportamento della dura madre cranica: passando nel canale vertebrale essa si divide in due lamine, una esterna endorachidea, l'altra interna, la vera dura madre, che circonda il midollo a mo' di sacco tubulare. Tra le sue lamine esiste quindi uno spazio, lo spazio epidurale o extradurale, più o meno ampio, occupato da tessuto adiposo e da vasi, e che in alto termina nel fondo di sacco a livello del contorno del foro occipitale, che è dove si inserisce la dura madre.

Questa membrana, come è noto. è resistente e la sua aderenza all'osso è tale che in nessun punto tale spazio è in comunicazione con gli organi intradurali, dato anatomico di importanza capitale, perchè, come vedremo, ci assicura la impossibilità che l'anestetico possa giungere al bulbo.

Il sacco durale mediante la sua parte interna è in rapporto con l'aracnoide e tra queste e la pia madre trovasi lo spazio subaracnoideo dove circola il liquido cefalorachidiano.

Per dimostrare l'assoluta indipendenza tra gli spazi peri- e intradurale, sono stati iniettati, nel cadavere, liquidi colorati nello spazio peridurale e ripetute volte è stato trovato che essi non penetravano nella cavità subaracnoidea.

Nelle nostre prime malate, dopo aver fatto l'anestesia con la novocaina nello spazio peridurale, fu estratto dopo 1/2 ora liquido cefalorachidiano, ma l'analisi di esso non rilevò mai presenza di novocaina.

In un recente lavoro Zorraquin ha detto che nella stessa maniera che si monta una bussola in una camera di olio, così la midolla non potrebbe esser salita nello spazio peridurale se gli organi non avessero acquisito densità o tensione differente da quella dei loro ammortizzatori. Così si è formato il cilindro meningomidollare con pressione positiva e densità maggiore, e il grasso epidurale con pressione positiva e densità minore. Perciò il liquido cefalo rachidiano tende a portarsi in fuori, e il grasso epidurale succhia dal di fuori. Per questo, quando si punge la dura madre e quindi si ritira l'ago non è possibile che la soluzione anestetica penetri nello spazio subaracnoideo. È bene ricordare questo dato della pressione negativa dello spazio peridurale, perchè vi ritorneremo quando ci occuperemo della tecnica della anestesia.

Tecnica dell'anestesia peridurale. — Premessi questi brevi ricordi anatomici, vediamo ora quale istrumentario è necessario, la soluzione anestesica adoperata e come deve essere effettuata la puntura.

Gli strumenti si riducono ad una comune siringa di vetro da 10-20 cmc. e ad un ago lungo e fino. Per facilitare l'iniezione, il prof. A. Gutiérrez ha creato un tipo di ago, che noi abbiamo adoperato per gli indiscutibili vantaggi che esso presenta (vedi fig. 1).

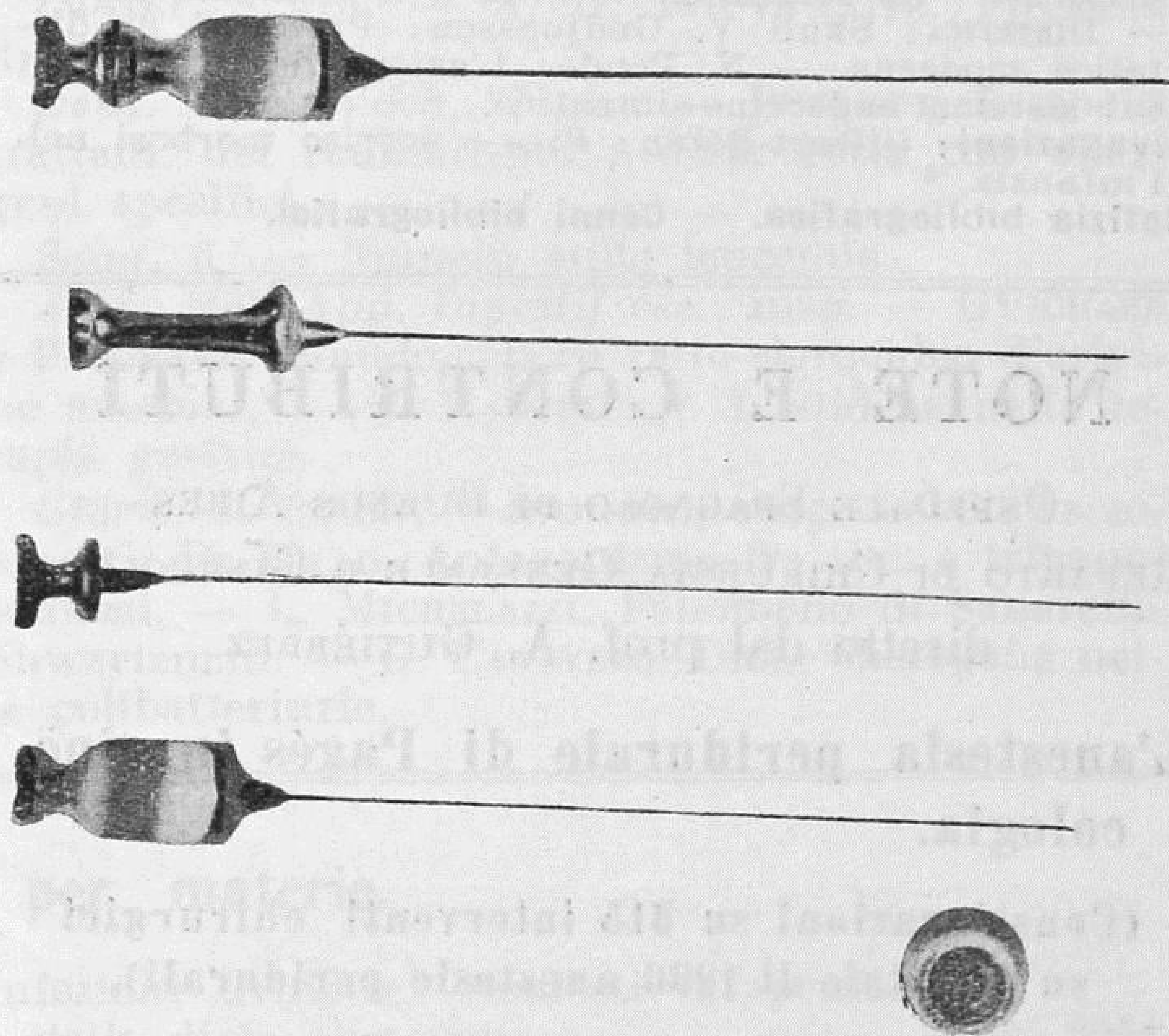


FIG. 1. — Viene riprodotto l'ago di fronte e di profilo con e senza mandrino. In basso, a destra, il padiglione scavato dell'ago che facilita la visualizzazione del « segno della goccia ».

Come anestetico abbiamo adoperato una soluzione di novocaina al 2 %, da prepararsi al momento dell'uso. A detta soluzione vanno aggiunte 10 gocce di soluzione di adrenalina al millesimo, che costringendo i vasi, ritarda l'assorbimento dell'anestetico, e facilita così un contatto più prolungato possibile con le radici nervose. Dopo alcune prove con soluzioni meno concentrate, è stata adottata definitivamente la novocaina al 2 %, con la quale i risultati sono sempre sicuri e innocui. Preparata la soluzione anestetizzante, viene posto il paz. sul

tavolo operatorio in posizione seduta o in decubito laterale, ma preferibilmente nella prima posizione.

Il primo tempo dell'anestesia epidurale è esattamente uguale ad una rachianestesia: si palpano le apofisi spinose e si punge tra due di esse, sia sulla linea mediana sia lateralmente. È preferibile tuttavia la linea mediana per tre ragioni: 1° perchè a questo livello lo spazio peridurale è più ampio, cioè, vi è maggior distanza fra la dura madre ed il legamento giallo; 2° perchè vi è meno possibilità di ferire le vene endorachidee che sono lateralizzate; 3° perchè la puntura è più facile.

A che altezza della colonna si deve pungere? La nostra esperienza ha dimostrato che pur essendo indifferente pungere fra la 1ª e la 2ª lombare, la 2ª e la 3ª, la 3ª e la 4ª, quest'ultima sede è da preferire. Eseguendo la puntura fra qualsiasi delle vertebre lombari, si ha la sicurezza di ottenere un'anestesia che si estenderà dalla clavicola fino agli arti inferiori, perchè la soluzione diffondendosi per lo spazio peridurale bagna i distinti rami rachidei.

Se però si vuol ottenere solo una piccola zona di anestesia, non dovendo dimenticare che essa è metamerica e che quindi esistono dei punti di elezione per realizzarla, facendo la puntura si dovrà tener presente la topografia vertebroradicolare e vertebromidollare, ricordando altresì che la innervazione della parete addominale o toracica non ha rapporti con quella viscerale.

Dopo aver attraversato con l'ago munito del suo mandrino la cute, il tessuto cellulare e si è giunti al legamento sopraspinoso, si toglie il mandrino, e con la siringa si inietta la soluzione anestetizzante. Come è naturale, esiste una resistenza dovuta al legamento sopraspinoso che ne impedisce la penetrazione: si ritira allora la siringa e si lascia che il liquido riempia l'ago ed il padiglione: si procede quindi spingendo millimetro per millimetro l'ago, badando che le dita pollice ed indice non facciano cadere la goccia che è rimasta aderente al padiglione. L'ago attraversa il legamento sopraspinoso, quindi quello interspinoso e perfora il legamento giallo, il che sarà percepito con le dita con maggiore o minore chiarezza.

Nel momento in cui si ha la sensazione tattile e a volte uditiva, come un lieve scricchiolio, la goccia è assorbita, succhiata dalla pressione negativa dello spazio peridurale, dando così la sicurezza che la punta dell'ago sta in detto spazio.

Tale fatto fu osservato per la prima volta da A. Gutierrez, che lo chiamò *segno della goccia*.

Questo segno che si osserva con elevata percentuale, facilita enormemente la tecnica dell'anestesia peridurale e la pone in mano di un gran numero di persone.

La goccia può essere aspirata rapidamente o lentamente: in alcuni casi solo si ha qualche oscillazione. In questo momento si applica all'ago la siringa caricata con la soluzione anestetica e si osserva che spingendo lo stantuffo, il liquido penetri senza alcuna difficoltà, come quando ad es. si fa un'iniezione endovenosa. Nel momento in cui la punta dell'ago raggiunge il legamento giallo è possibile che invece di essere aspirata la goccia, venga fuori del liquido cefalo-rachidiano.

Tale eventualità può esser dovuta a due cause:

1° eccessiva penetrazione dell'ago;

2° la dura madre, aderendo alla parete del condotto rachideo, riduce notevolmente lo spazio peridurale.

Se la fuoriuscita di liquido cefalorachidiano è dovuta ad eccessiva penetrazione dell'ago, si ritira questo millimetricamente e quando non fuoriesce più liquido, occorre accertarsi che l'ago non sia ostruito o con un mandrino o facendo tossire l'infermo o infine ricorrendo a qualche altra manovra per accertarsi che l'ago sia pervio. Indi si potrà procedere all'anestesia.

Può anche succedere che nell'approfondire l'ago questo batta sulla vertebra o che venga sangue dalla puntura di una vena endorachidea: in ambedue i casi non c'è che da ritirare l'ago parzialmente o totalmente, con l'intenzione di tentare una nuova puntura che eviti tali scogli.

Da ciò che abbiamo finora detto si deduce che per iniettare la soluzione di novocaina possono seguirsi due procedimenti: la *via diretta* e la *indiretta*. Chiamiamo via diretta quando l'ago è introdotto nello spazio peridurale direttamente, di prima intenzione. Nella *via indiretta* si introduce l'ago nello spazio subaracnoideo come per una rachianestesia e non appena viene del liquido cefalo rachidiano si ritira l'ago di alcuni millimetri fino a che finisce di colare liquor, il che ci permette di sapere che la punta ha lasciato lo spazio peridurale. Dopo aver realizzato le manovre che abbiamo descritto, per avere la sicurezza che siamo nella buona sede, si procede alla iniezione dell'anestetico, il che può farsi in forma frazionata, come andremo a spiegare fra poco.

È ovvio che debba essere preferita la via di-

retta e noi così facciamo nella maggioranza dei casi. La penetrazione dell'ago necessaria a raggiungere lo spazio epidurale varia molto fra l'una e l'altra inferma, giacchè dipende da vari fattori anatomici che non ricorderò. Le cifre estreme che abbiamo registrato oscillano fra 2 a 8 cm. La tecnica che noi abbiamo descritto ci pare molto migliore di quella consigliata da Dogliotti nel suo lavoro sull'*Amer. Journ. of Surgery*, vol. XX, aprile 1933. Il professore torinese usa da 30 a 60 cmc. di soluzione novocainica all'1 o 1,5 %: preferisce il decubito laterale per praticare l'iniezione: disconosce il segno della goccia ed usa un procedimento per giungere allo spazio peridurale che non ci convince. Dissentiamo assolutamente con Dogliotti quando mette fra le eccezioni della anestesia peridurale le grandi operazioni sui genitali interni e la nostra statistica è dimostrativa a tale proposito.

Che quantità di soluzione deve iniettarsi ed in che forma?

L'esperienza acquisita ci permette di dire che dipende dalla gravità dell'intervento da effettuarsi, dalla costituzione e dal peso del soggetto. Per es. noi abbiamo praticato appendicectomie con solo 20 cm³ della soluzione al 2 %, molti interventi con 35 cm³, però se si vuol avere la sicurezza di una buona anestesia per interventi ginecologici, è necessario iniettare 40-50 cm³.

L'introduzione del liquido deve farsi con lentezza e si può effettuare in forma completa o frazionatamente; nel primo caso si inietta in una sola volta la quantità totale, nel secondo si iniettano prima 5 cm³ della soluzione, si attendono 5 minuti e si esplora la sensibilità e la motilità degli arti inferiori; ottenuta la certezza che si è fatta rachianestesia, si inietta il rimanente.

Quali reazioni provoca l'introduzione della soluzione di novocaina?

Anzitutto dipende dalla emotività e idiosincrasia delle inferme, perchè è stato osservato che in alcune pazienti la semplice puntura della pelle bastò per provocare sudori, lipotimie, pallore, ecc.

La grande maggioranza dei casi tollera l'iniezione perfettamente: tutt'al più avverte un po' di secchezza in gola, tachicardia, palpitazioni.

Ad ogni modo nella Cartella anestesica vengono registrate le sensazioni avvertite dalle inferme.

Immediatamente dopo la puntura, si ha diminuzione della pressione massima e minima, quest'ultima però in proporzioni minori; alla fine dell'intervento è stato osservato abbassamento delle pressioni massima e minima in proporzioni uguali.

Il polso aumenta di frequenza poco dopo l'anestesia; mentre alla fine dell'intervento si ha spesso tachicardia.

Terminata l'iniezione, si fa sdraiare l'inferma senza che sia necessario che essa si ponga in decubito laterale o in posizione di Trendelenburg, e le si iniettano 25 ctgr. di caffeina. Normalmente dopo 10 minuti si ha sull'addome una zona a fascia di anestesia, corrispondente alla zona dove si è fatta l'iniezione, e che gradatamente poi aumenta sia in alto che in basso. L'anestesia termica, dolorosa e tattile, si estende poi in forma eccentrica a partire dal basso ventre giungendo nello spazio di 40 minuti nella maggioranza dei casi in alto fino al secondo spazio intercostale, in basso fino ai piedi. Prima di cominciare l'intervento è bene tuttavia attendere 25-30 minuti. Con la dose abituale di 35-45 cm³ l'anestesia persiste per circa 1 ora e mezzo e permette di eseguire le più diverse operazioni sull'addome, per la grande risoluzione muscolare e per l'immobilità viscerale che la accompagna, sino al punto che in molte inferme l'intervento sembra una dissezione di anfiteatro.

CARTELLA DI ANESTESIA EXTRADURALE.

Oss. n....

Nome e cognome . . . .
Data dell'intervento . . . .
Operazione eseguita . . . .
Pressione arteriosa preoperatoria . . . .
Polso . . . .
Esecutore della puntura Dr. . . . .
Zona della puntura . . . .
Penetrazione dell'ago . . . .
Dose iniettata . . . .
Segno della goccia . . . .
Posizione del paziente . . . .
Inizio dell'anestesia . . . .
Accidenti sopravvenuti durante l'anestesia: pallore del volto, nausea, stato sincopale, disturbi respiratori . . . .
Pressione arteriosa immediata . . . .
Polso . . . .
Durata dell'anestesia { dopo 10' . . . . / dopo 20' . . . .
Stato della motilità . . . .
Sensibilità termica al { freddo . . . . / caldo . . . .
Inizio dell'intervento . . . .
Rilasciamento muscolare completo? . . . .
Rilasciamento degli sfinteri? . . . .
Termine dell'intervento . . . .
Pressione arteriosa post-operatoria . . . .
Polso . . . .
Estensione dell'anestesia al termine dell'intervento.
Decorso post-operatorio: cefalalgia, rachialgia, vomito . . . .

La sensibilità dolorifica è la prima a scomparire, poi quella termica, infine la tattile; i riflessi tendinei e cutanei mancano nella zona anestetizzata, così come la sensibilità viscerale. In alcune inferme la trazione dei legamenti circostanti, p. es. per effettuare una ligamentopessia ha provocato stato di nausea e vomito transitoriamente, e tale fenomeno osservato di tanto in tanto ci ha convinti della necessità di bloccare il plesso solare se si vuole ottenere una immobilità addominale assoluta.

Il decorso postoperatorio in queste inferme è normale, ideale, diremo quasi, giacchè le pazienti avvertono unicamente solo disturbi propri all'intervento realizzato, ma nulla che riguardi l'anestesia, come si verifica quando si fa l'anestesia generale o rachidea.

Con l'anestesia peridurale si riducono al minimo lo stato di nausea ed i vomiti che tormentano gli operati con l'anestesia per inalazione e così pure si sopprimono le cefalee e le rachialgie che provoca la rachianestesia.

Solo in una inferma fu osservata rachialgia per un giorno nel punto della puntura: era stata una delle prime anestesie e senza dubbio il dolore fu dovuto all'introduzione del liquido in pieno legamento giallo o intraspinoso.

I benefici dell'anestesia peridurale possono valutarsi non solo durante l'intervento operatorio ma anche nel decorso postoperatorio di quelle inferme sottoposte ad interventi gravi e prolungati.

Prima di riferire su gli esiti ottenuti con la anestesia peridurale di Pagés e di riassumere la statistica del servizio del prof. Gutierrez, che forse è la più vasta del mondo, vogliamo tuttavia accennare agli insuccessi ed agli incidenti che abbiamo osservato.

Nel 1932 su un totale di 202 casi, avemmo 12 insuccessi, dei quali in sei non si ebbe anestesia e nei rimanenti fu necessario completarla con etere, cloroformio, ecc.

Su un totale di 1236 anestesie abbiamo avuto 26 insuccessi, comprendendo sempre anche i casi di anestesie incomplete.

Sarebbe molto facile però diminuire la piccola proporzione degli insuccessi, limitando il numero degli anestetisti, giacchè nel servizio del prof. Gutiérrez, ogni chirurgo anestetizza la propria inferma e qualche volta l'anestesia viene fatta anche da alcuni praticanti. Ora pur essendo noto che la puntura non è difficile, tuttavia richiede sempre una certa abilità manuale. Gli insuccessi e gli incidenti che ora analizzeremo possono riferirsi a varie cause: 1° errori di tecnica; 2° uso di soluzione debole; 3° insufficiente quantità. Intenzionalmente non menzionamo la possibilità che un'anomalia anatomica impedisca la completa diffusione dell'anestetico, o che si tratti di un infermo rachiresistente, possibilità che potrebbero invocarsi frequentemente per giustificare gli insuccessi.

I casi di morte furono dovuti nella maggioranza dei casi a mancanza di abilità dell'anestetista o per poca conoscenza dei dettagli di tecnica o infine per fatti di ossificazione del legamento sopraspinoso e intraspinoso, per deviazioni o deformità della colonna vertebrale, circostanze nelle quali il più abile anestetista può avere degli insuccessi.

Possiamo d'altra parte affermare che quando l'anestesia fallisce, è perchè è mal fatta. È da lamentare infatti che alcuni dei nostri chirurghi abbiano fatto l'anestesia di Pagés senza conoscerne esattamente la tecnica, perchè ciò ha fatto aumentare il numero degli insuccessi e qualche volta ha provocato anche la morte istantanea del paziente. Tali chirurghi hanno emesso naturalmente giudizi sfavorevoli sull'anestesia, dimenticando che non si può impunemente iniettare 1 grammo di novocaina nel liquido cefalorachidiano.

Nelle nostre 1236 anestesie eseguite nella Clinica del dott. Gutiérrez noi abbiamo avuto due incidenti seri causati dall'anestetico e due casi mortali che crediamo però non da imputarsi all'anestesia e nei quali la autopsia, che non fu potuta fare, avrebbe dato la certezza assoluta. Tuttavia li illustreremo al fine di dare un giudizio veramente severo dell'anestesia peridurale.

Il primo caso letale riguarda una paziente di 60 anni con insufficienza mitralica, che si operava di emorroidi, nella quale si iniettarono 35 cmc. della soluzione. Tollerò perfettamente l'intervento, ma dopo 5 minuti che questo era terminato ebbe una sincope cardiaca e morì nonostante le cure d'urgenza apprestate.

Il secondo caso mortale si riferisce ad un'inferma di 50 a., con frequenti aritmie, portatrice di un mioma uterino.

La puntura fu difficile perchè, a causa dello spessore del pannicolo adiposo, la palpazione delle apofisi spinose riusciva difficile. Si iniettarono comunque 45 cmc., ma probabilmente gran parte della soluzione rimase fuori dello spazio peridurale perchè l'anestesia fu parziale ed infatti l'inferma cominciò a lamentarsi nel

momento in cui si dovevano pinzettare i peduncoli uterini.

Per potere suturare la parete addominale, si dette anestesia eterea e quando si chiudeva il piano aponeurotico, si ebbe una sincope cardiaca.

Degli accidenti serii uno appartiene al dott. Alberto Gutiérrez e l'altro a me. Nel primo caso si trattava di una inferma portatrice di una cisti idatidea della faccia superiore del fegato, nella quale la puntura si fece in forma indiretta fra la III e la IV vertebra lombare e che, non appena terminata la iniezione, presentò una paralisi respiratoria e quindi cardiaca che furono combattute con i metodi che si adottano in tali casi. Questo incidente è stato dettagliatamente descritto da Gutierrez e Lopez Rubido nella loro comunicazione al 4° Congresso nazionale di chirurgia e qui io ricorderò soltanto che dopo circa tre settimane la paziente subì l'intervento con anestesia peridurale (45 cmc.) con esito perfetto, in presenza del prof. Devé.

Il caso mio appartiene alla osservazione numero 38, della seconda serie; si trattava di una inferma di 40 anni in cattivo stato di nutrizione, la quale doveva essere sottoposta ad un'operazione di Wertheim. Siccome la paziente aveva ambedue gli ureteri cateterizzati per l'operazione, feci la puntura in decubito laterale sinistro: il segno della goccia fu perfettamente positivo. Avevo iniettato 43 cmc. della soluzione al 2 %, quando la paziente avvertì un lieve malessere. Il polso era piccolo però uguale e batteva con una frequenza di 85 pulsazioni al minuto primo. La pressione massima era 10 e la minima 4. In questo momento la paziente, con voce debole accusò difficoltà al respiro: il polso continuava intanto ad essere piccolo e regolare e il torace, cogli spazi intercostali leggermente retratti, appena si muoveva: al mio incitamento a fare delle inspirazioni profonde la inferma sussurrava di non essere capace. Visto che la paziente non reagiva malgrado il soccorso terapeutico si praticò respirazione artificiale che si dovette continuare per 3 ore. Dopo due ore e mezzo la paziente cominciò a respirare in forma imprecisa e irregolare e quindi ritmica e profonda: insieme con i movimenti respiratori la paziente riprese conoscenza, apparve il riflesso corneale e disparve la midriasi. Durante tutto questo tempo il cuore battè con regolarità, per quanto in alcuni momenti fosse difficile apprezzare il polso radiale. Non apparve cianosi nè raffreddamento delle estremità.

In questo caso, secondo il dott. Gutiérrez, la positività del segno della goccia ottenuto con una puntura diretta dello spazio extradurale, elimina ogni possibilità di penetrazione della soluzione anestesica nello spazio subracnoideo e il suo mescolamento con il liquido cefalo rachidiano.

L'accidente fu dunque di tipo respiratorio: una paralisi del diaframma e dei muscoli intercostali. Varie sono le ipotesi possibili: fu la paralisi dovuta al blocco del nervo frenico oppure a inibizione dei nervi intercostali in un primo tempo e quindi in un secondo tempo del diaframma, dando così luogo ad una anossiemia riflessa bulbare. La retrazione degli spazi intercostali, osservata nei due primi momenti, fa propendere per quest'ultima ipotesi. La rapida diffusione dell'anestetico, facilitata dalla posizione e dallo stato di denutrizione della malata, deve essere stata la causa dell'incidente. Prevenuti da un tale serio avvertimento ed adottando maggiori precauzioni un mese più tardi la malata fu operata con anestesia peridurale, usando 45 cmc. di anestetico.

Che esperienza abbiamo in chirurgia ginecologica? Nei 1236 casi della nostra statistica figurano inferme la cui età oscilla dai 16 ai 78 anni e gli interventi più svariati: gastrectomie, gastroenterostomie, resezioni intestinali, addominoperineali, appendicectomie, eventramenti, colecistectomie, colecistostomie, cisti del fegato, nefrocolopessie, nefrotomie, nefrectomie, tumori retroperitoneali, operazioni di Albeex, osteotomie, amputazioni, estirpazioni della mammella con i pettorali e svuotamento ascellare.

Per quanto riguarda le operazioni ginecologiche, fino al primo maggio del corrente anno, ne abbiamo 315, delle quali 213 per via addominale e 102 per via vaginale; interventi questi le cui caratteristiche, la dose anestetica usata, i risultati ottenuti, ecc., sono apparsi nel nostro lavoro pubblicato in « El Hospital Español » anno quarto numeri 6 e 7. Si può dire che tutte le operazioni ginecologiche furono fatte, e per non estendermi oltre descriverò soltanto due casi che sono veramente dimostrativi per formarsi un'opinione riguardo alla anestesia di cui noi trattiamo.

Uno di tali casi riguarda una paziente con assenza di vagina, nella quale il dott. Gutierrez praticò l'operazione di Baldwin-Mori, usando 50 cmc. della soluzione: l'anestesia durò due ore e mezzo e soltanto alla fine fu necessario dare un po' di etere (10 g.). La paziente tollerò perfettamente l'intervento ed eb-

be un decorso postoperatorio ideale, tanto che il suo stato generale in nessun momento diede segno dell'intenso traumatismo subito. Nell'altro caso, altrettanto dimostrativo, si trattava di una fistola sigmoidea uterina, consecutiva a manovre abortive praticate 5 mesi e mezzo prima dell'ingresso nel reparto: la breccia era tanto ampia che la paziente defecava dalla vagina ed il dott. Gutiérrez si vide obbligato a praticare in un primo tempo un ano cecale di scarico temporaneo (usando 45 cmc. della soluzione): dopo due mesi si praticò la plastica della fistola, plastica che si presentò molto difficoltosa per le aderenze esistenti fra il colon sigmoideo e l'utero. L'intervento si prolungò per un'ora e quaranta minuti e si iniettarono 50 cmc. Il decorso postoperatorio fu ottimo ed un mese dopo, con 35 cmc. della soluzione, si chiuse l'ano cecale.

A tal punto ci convincono i risultati ottenuti con l'anestesia peridurale di Pagés, che nel servizio del prof. Gutierrez, tale metodo di anestesia ha soppiantato tutti gli altri metodi, come risulta dal seguente quadro.

Anni	1930	1931	1932	1933
Anestesia generale	68 %	67%	26,20%	4,01%
Locale	25,60%	27%	35,50%	12.40%
Rachianestesia	3.40%	4.60%	2,50%	0,24%
Varie	3%	3.40%	4,46%	1,93%
Peridurale di Pagés	—	—	30,90%	81.20%

Attualmente la anestesia generale è stata quasi abbandonata nel nostro reparto e noi siamo molto soddisfatti dei risultati finora ottenuti.

CONCLUSIONI E RIASSUNTO.

È indiscutibile che la anestesia peridurale non è il tipo di anestesia ideale perchè importa rischio per il paziente, però crediamo che essa sia superiore agli altri metodi di anestesia comunemente usati.

È certamente superiore alla rachianestesia perchè ne ha tutti i vantaggi e nessuno dei suoi inconvenienti (accidenti bulbari, cefalee, rachialgie, paralisi, vomito ecc.).

È superiore alla anestesia generale eterea o cloroformica perchè è molto meno tossica, perchè con essa si possono operare infermi nei quali l'anestesia generale è controindicata, perchè può ripetersi senza inconvenienti, perchè il decorso postoperatorio è migliore.

L'anestesia locale è di minore tossicità, però non può essere usata negli infermi pusillanimi o molto sensibili, richiede grande abilità e conoscenze anatomiche nel chirurgo, esige una diagnosi esatta per evitare manovre esplorative, e infine toglie molto tempo, il che è un grave inconveniente nei reparti di grande attività.

Noi pensiamo inoltre che la anestesia peridurale di Pagés rappresenta un netto progresso nel campo chirurgico, però che sarebbe prematuro mettere un giudizio definitivo su di essa, perchè la nostra esperienza non è sufficientemente vasta per poterlo fare. Per il momento, analogamente a molti altri chirurgi del nostro paese che hanno seguito il nostro esempio, stiamo riunendo il materiale che ci permetta di pronunciare la parola finale.

BIBLIOGRAFIA ARGENTINA.

ALBERTO GUTIÉRREZ. *Anestesia metamérica peridural.* El Dia Médico, agosto 1 del 1932; Idem., Revista de Cirurgía, diciembre de 1932.

ALBERTO GUTIÉRREZ y MANUEL LÓPEZ RUBINO. *Resultados obtenidos con la anestesia peridural.* Comunicación al IV Congreso Nacional de Cirugía. Revista de Cirugía, febrero de 1933.

ALBERTO GUTIÉRREZ. *Valor de la aspiración líquida en el espacio peridural en la anestesia peridural.* Revista de Cirugía, marzo de 1933.

BERNARDO LABANDÍBAR y ELÍAS GUTIÉRREZ. *Estudio comparativo de las anestesias empleadas en el Servicio desde 1929 a 1933.* Ibid., junio de 1933.

LUIS ONTANEDA. *Tensión del espacio epidural.* Ibid., octubre de 1932.

F. PAGÉS. *Anestesia metamérica.* Rev. Española de Cirugía, 1921.

RAÚL PENIN. *Sobre anestesia metamérica epidural de Pagés.* Ibid., abril de 1933.

VICENTE RUIZ. *La anestesia peridural en ginecología.* Comunicación a la Sociedad de Ginecología y Obstetricia en noviembre de 1932. El Hospital Español, año III, núm. 17.

VICENTE RUIZ. *La anestesia peridural de Pagés en Ginecologia.* Revista de Cirugía, de Br. As., diciembre de 1933.

ID. *La anestesia peridural de Pagés en Ginecología.* Consideraciones sobre 238 casos. El Hospital Español, año IV, nos. 677.

EMILIO S. SAMMARTINO. *La anestesia peridural de Pagés en la cirugía de urgencia.* Revista de cirugía, febrero de 1934.

DELFOR DEL VALLE y RAÚL PASTORIZA. *Sobre anestesia peridural de Pagés.* Revista de Cirugía, agosto de 1933.

GUILLERMO ZORRAQUÍN. *Fisiologia quirúrgica del espacio peridural en la anestesia epidural.* El Día Médico, agosto 21 de 1933.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE VITTORIO EMANUELE III.
PORTOFERRAIO

Contributo alla diagnosi clinica delle cisti del mesentere

per il dott. LUIGI TORCHIANA,
chirurgo primario e docente.

Fra le neoformazioni riscontrabili nell'addome le cisti del mesentere sono senza dubbio quelle che meno si prestano ad una diagnosi di sicurezza, essendo, sia per la loro rarità, sia per alcuni caratteri loro (mobilità, superficie, consistenza ecc.) facilmente confondibili con altre affezioni addominali e, specie nella donna, difficilmente differenziabili con le cisti ovariche. Anzi è con questa malattia che verte più facilmente la diagnosi e quasi sempre, nelle numerose osservazioni pubblicate, la cisti del mesentere fu sorpresa al tavolo operatorio. Invece per quanto riguarda la patogenesi l'argomento delle cisti mesenteriche è stato in questi ultimi anni ampiamente trattato e scorrendo la letteratura che lo riguarda si può prendere visione della gran quantità di lavori che hanno contribuito a inquadrarlo, sulla base dei reperti morfologici, in classificazioni che ben poco lasciano ancora a dire. Tali gli interessanti contributi di Niosi, Brunetti, Fedeli, Delitala, Latteri, per non citare che alcuni dei più importanti fra i nostri, del Carter, Monnier, Foster, Dowd fra gli stranieri.

È stato infatti possibile stabilire attraverso gli studi di questi AA. e le numerose osservazioni cliniche, che queste cisti non solo possono avere le origini più varie, ma che escluse le acquisite (rare) esse si presentano come cisti di origine embrionale, le quali, secondo la recente classifica di Fedeli, dovrebbero essere così suddivise:

Invece per quanto riguarda il lato clinico scarso è stato il contributo dei vari AA. e anche i più reputati trattatisti, sorvolano molto su questo importante argomento, accennando alla difficoltà diagnostica che tali casi presentano, specie per una esatta diagnosi differenziale. Certo che trattandosi di casi che beneficiano dell'intervento chirurgico molti pensano che si può provvedere a ventre aperto a seconda delle necessità, pur tuttavia lo studio sistematico del malato e l'osservazione accurata dei vari casi che si presentano rende necessario che anche da questo lato altri contributi siano ancora portati a meglio evitare possibili fonti di errori.

È con questo intendimento che riporto il presente caso.

Storia clinica: B. Anita, di anni 23, nubile, atta a casa, da Portoferraio.

Entra in ospedale il giorno 20-XI-32.

Il padre e la madre sono viventi e sani. La madre ha avuto 4 gravidanze a termine e un aborto; i figli godono buona salute. La paziente, nata da parto gemellare, ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia. Mestruò a 14 anni e le mestruazioni furono sempre regolari per quantità, qualità, intercorrenza.

Circa 3 anni fa fu colpita da malaria che si manifestava a tipo terzano e la malattia fu presto dominata con iniezioni di chinino, nè mai ebbe a ripresentarsi.

Da circa un anno la paziente dice di soffrire di senso di peso all'epigastrio, bruciori, acidità specialmente a digiuno. Praticò cure mediche con evidente benefizio, ma tuttavia la sintomatologia a carico dello stomaco permane tuttora, per quanto lieve. In questi ultimi tempi si aggiunsero, specie dopo la prolungata stazione eretta, dolori e stiramento in sede ombelicale.

Le funzioni intestinali furono sempre regolari. Circa 2 mesi fa la paziente si accorse, decombendo sul fianco sinistro, della presenza nella regione iliaca sinistra, di una tumefazione della grossezza di una arancia, facilmente spostabile in varie direzioni, specie quando l'ammalata cambiava posizione nel letto. Presentandosi a visita le fu consigliato il ricovero in ospedale.

Esame obbiettivo: donna di costituzione longilinea, con pannicolo adiposo piuttosto scarso,



masse muscolari valide, colorito della cute tendente al bruno.

Nulla di notevole si rivela a carico degli apparati respiratorio, circolatorio, nervoso, linfatico-ghiandolare.

L'addome, con pareti sottili, all'ispezione presenta più prominente la fossa iliaca di sinistra, dove si nota la presenza di una tumefazione del volume di una testa di feto.

Alla palpazione questa si presenta liscia a consistenza teso-elastica, mobilissima, tanto che si possono imprimerle dei movimenti di lateralità assai ampi, così da condurla nella fossa iliaca controlaterale.

Oltre a questi però sono possibili anche movimenti in senso longitudinale, tanto che ponendo l'ammalata in posizione di Trendelemburg, la massa quasi scompare completamente sotto l'ipocondrio sinistro. In posizione orizzontale invece essa si riporta subito in sede iliaca sinistra, dove è facile notarla come una massa sporgente, grossa come una testa di feto a termine, anche ad una ispezione superficiale. Qui osservandola attentamente a luce tangente si notano al disopra di essa, specie dopo movimenti provocati, delle speciali contrazioni ondulari, ben apprezzabili attraverso le pareti addominali sottili, che danno l'impressione che la massa sia animata da lievi movimenti di rotazione.

Alla palpazione la massa si presenta liscia, teso-elastica, non dolorabile, tranne che verso la sommità dove l'ammalata, pur non accusando vero dolore, avverte malessere anche ad una pressione piuttosto lieve. Stirando poi la tumefazione verso la regione ipogastrica o più verso il basso, affondandola maggiormente nella fossa iliaca, si provoca senso di stiramento e lieve dolore in sede ombelicale.

All'esame radiologico non si apprezzano particolari difficoltà di svuotamento a carico dei vari segmenti di intestino.

Reazione di Wassermann: negativa.

Esame chimico e microscopico delle orine: negativo, non presenza di elementi anormali nel sedimento.

All'esame del sangue non si notano particolari alterazioni, sia in relazione alla forma che alla quantità dei globuli rossi e bianchi, nè si nota eosinofilia.

L'esame ginecologico non è possibile per le condizioni di virginità della paziente; l'esame rettale fa apprezzare l'utero, piccolo, in asse; non palpabili gli annessi. Ampolla vuota, senza alterazioni della mucosa rettale.

Diagnosi: probabile cisti del mesentere.

Operazione: 2-XII-1932: Lipson-eteronarcosi.

Posizione di Trendelemburg. Laparotomia mediana sottoombelicale. Aperto il peritoneo subito si reperta e si trascina in basso una grossa massa di colorito giallastro, assai più voluminosa di una testa di feto a termine. Essa è situata tra i foglietti del meso di un'ansa di tenue, la quale la sormonta in alto, restandone, per il notevole volume assunto dalla massa, assai compressa e costretta ad assumere una configurazione a nastro. Estrinsecata la massa fuori del ventre si può comprovare maggiormente, la sua consistenza nettamente cistica e si constata che essa è sviluppata nel meso di un'ansa la cui origine è situata molto in alto subito al disotto dell'inserzione del mesocolon trasverso. È necessario pertanto suturare parzialmente la ferita ipogastrica e per avere maggiore libertà di manovra prolungare il taglio in alto 4 dita al disopra dell'ombelico. Si può così accertare che l'origine è in corrispondenza della 1ª ansa del digiuno, subito al disotto dell'arcata di Treitz. Si pratica una puntura esplorativa estraendone pochi cc. di liquido bianco, latteo e scolpita una ampia losanga sul foglietto

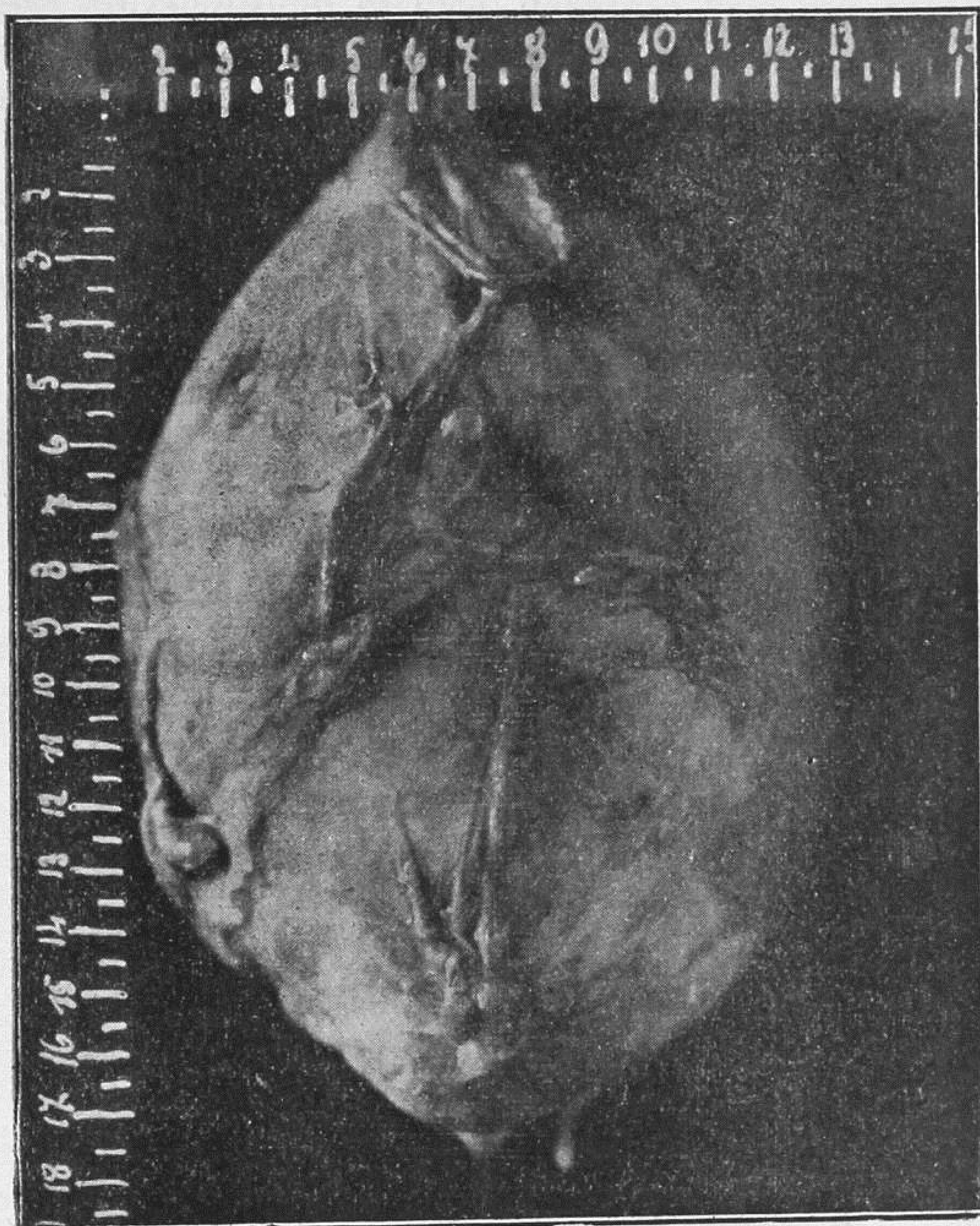


FIG. 1.

peritoneale si viene a scollare nel giusto piano di clivaggio la parete della cisti che si lascia enucleare senza rompersi e senza lesioni dei vasi. Si può così praticare la plastica del meso e chiudere in triplice strato l'addome.

Il decorso post-operativo fu del tutto regolare e l'ammalata potè uscire dall'ospedale completamente guarita 12 giorni dopo l'intervento.

Esame macroscopico: Il pezzo estirpato si presenta come una grossa sacca di colorito giallastro. La lunghezza è di circa 18 centimetri, la circonferenza di 35. È costituita da una sottile parete, con piccole zone di grasso più addensato in alcuni punti (fig. 1). Aperta è piena di liquido bianco lattescente, a peso specifico alto (1040) a reazione alcalina, assai ricco di albumina. Al microscopio appare costituito da minute goccie di grasso e cristalli di colesterina. L'interno della parete è liscio, lucido, uniforme, senza apprezzabili rilevatezze. Solo qua e là si notano alcune macchie con tendenza al colorito giallastro, di varia grandezza, senza aumento di spessore della parete. Da queste zone furono prelevati frammenti e fissati in formalina, alcool e Zenker e inclusi in paraffina. Le numerose sezioni colorate con

ematossilina-eosina, V. Gieson, Weigert, hanno dato il seguente risultato:

Esame istologico: La struttura istologica della parete si mostra costituita da uno strato esterno di connettivo adulto con piccole zone di infiltrazione parvicellulare. Non si notano fibre muscolari liscie. L'interno della ciste è invece costituito da uno strato endoteliale con elementi ben differenziabili.

Tra l'uno e l'altro strato e a volte subito sotto la parete endoteliale che si mostra scontinuata, appaiono numerosi elementi linfoidi, sia sotto forma di semplice infiltrazione sia raggruppati in piccoli noduli linfatici che sporgono nella cavità cistica.

Essi si manifestano a volte assai numerosi attorno a piccoli spazi o lacune linfatiche. Gli esami praticati in altre zone, anche là dove la parete sembra più spessa per l'aumento dei tessuti pericistici, l'aspetto istologico non diversifica. E anche quelle zone che macroscopicamente si presentavano di colorito giallastro, appaiono costituite da elementi adiposi in relazione al grasso pericistico di pertinenza del mesenterio, senza mai presentare quelle formazioni a mosaico riscontrate da altri AA. e tanto importanti per la somiglianza loro con le cellule surrenali.

Concludendo, l'esame istologico ci porta a considerare il caso attuale come una semplice cisti del mesentere di natura linfatica, non riscontrando in essa gli elementi che possano farla rientrare nelle cisti congenite originate dai dotti di Wolff o dei canali di Müller.

CONSIDERAZIONI

Ultimata l'esposizione clinica ed istologica del caso, desidero aggiungere alcune parole che valgano a meglio delucidare quanto di interessante è stato notato.

Intanto per ciò che riguarda il lato istogenetico mi sembra che il caso attuale si possa inquadrare tra le cisti semplici del mesentere di natura linfatica, giacchè, dovendo giudicare obiettivamente il reperto istologico, nulla ci porta a ritenere la cisti in esame come proveniente da inclusioni di residui di organi che durante la vita embrionale hanno col mesentere stretti rapporti, quali il corpo di Wolff o il dotto di Müller. E anche quelle zone giallastre situate in alcune parti della cisti risultarono all'esame istologico quali infiltrazioni adipose di pertinenza del grasso mesenteriale pericistico.

E per quante ricerche siano state fatte, anche con l'ausilio di sezioni seriali, non si poterono riscontrare fibre muscolari liscie, nè elementi a mosaico, nè tubuli ghiandolari, ma solo elementi linfoidi e noduli linfatici disseminati nella parete cistica.

Bisogna pertanto concludere che la nostra osservazione fa parte di quel gruppo che Fedeli distingue nella sua classificazione col nome di cisti semplici endoteliali. (Calzolari, Rankin e Mayor, Luly, Harbitz).

Invece per quanto riguarda il lato clinico il caso attuale presenta alcune particolarità su cui desidero intrattenermi.

Abbiamo visto infatti, per quanto ci è stato possibile precisare, che lo sviluppo iniziale della cisti è passato del tutto inosservato e che l'ammalata si è accorta della sua presenza dalla sensazione di una massa facilmente spostabile nell'addome con i movimenti. Vero è che da un anno l'ammalata andava soggetta a turbe dispeptiche, dolori vaghi a punto di partenza verso la parte centrale del ventre. Al nostro esame presentava una tumefazione globosa, cistica, liscia, teso-elastica a situazione iliaca sinistra e quello che colpì sopratutto la nostra attenzione fu la constatazione di movimenti ampi, sia in senso laterale che in senso longitudinale, tanto che in posizione di Trendelemburg aveva la tendenza a portarsi e quasi a scomparire nell'ipocondrio omonimo.

Questo segno della mobilità è uno dei sintomi più manifesti per la diagnosi di cisti del mesentere e in tutti i trattati (Tillaux, Le

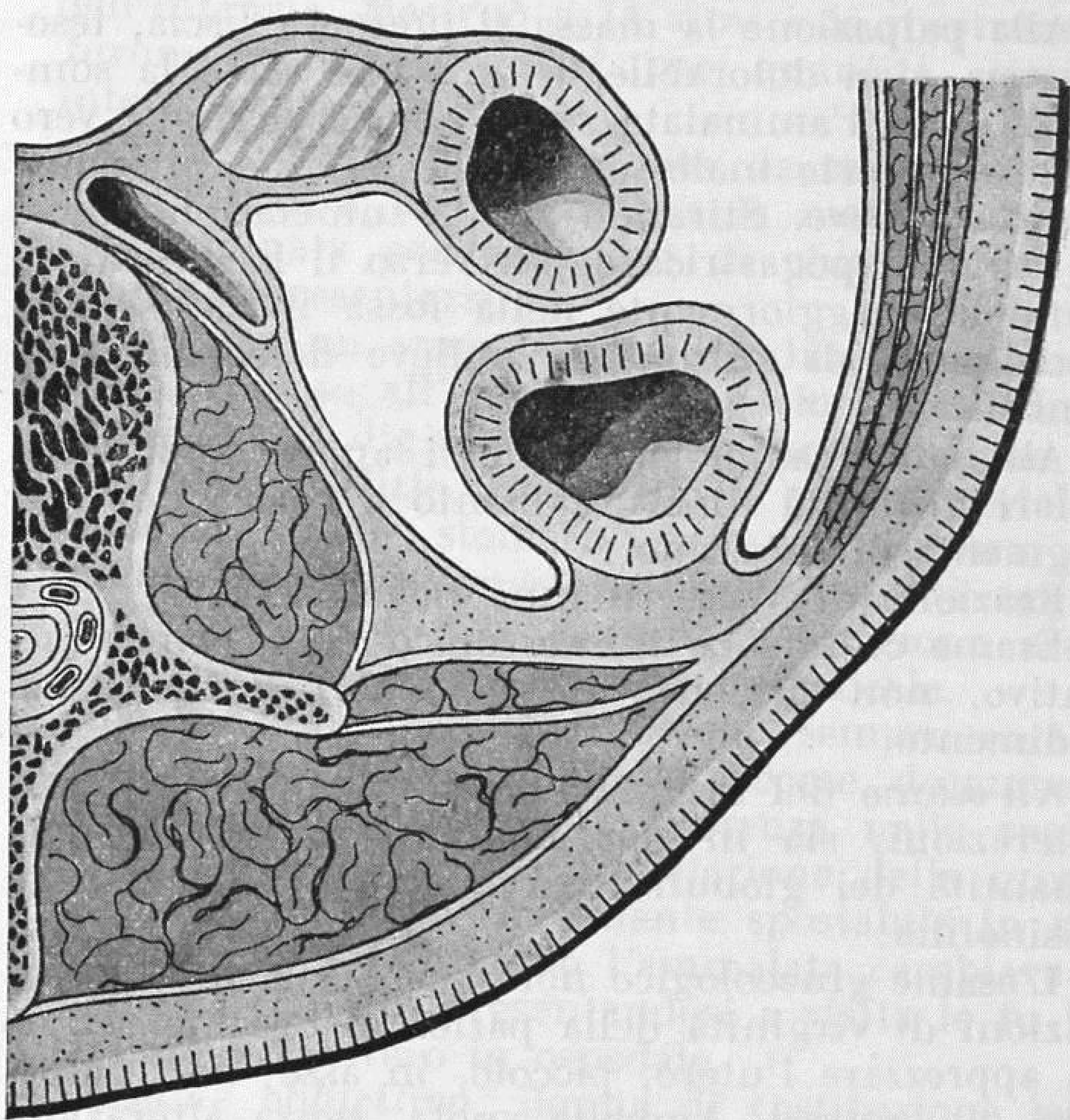


FIG. 2.

Dentu e Delbet, Uffreduzzi, Taddei, ecc.) si attribuisce ad esso notevole valore, specie per la mobilità in senso laterale. E tale è indubbiamente, quando lo sviluppo della cisti si verifica tra i foglietti peritoneali di meso-tenue, tantochè, vuoi per la lunghezza di essi, vuoi per il peso stesso della massa che massime nella posizione eretta tende a spostarsi verso il basso, può accadere, come nel caso attuale, che una cisti sviluppata in corrispondenza della prima ansa del digiuno acquisti una sede iliaca apparentemente di origine. In queste condizioni la mobilità è indubbiamente

notevole (fig. 2) come può anche mancare, quando lo sviluppo della cisti avvenga invece a carico di quelle zone di intestino che hanno meso cortissimo e non ne hanno affatto (colon ascendente, discendente ecc.) (fig. 3).

È notevole però che in questi casi i segni di turbata canalizzazione per compressione da sviluppo della cisti saranno assai più precoci, tanto da rappresentare l'unico sintoma, mentre in quelle riguardanti segmenti di tenue a meso assai lungo, la mobilità sarà assai maggiore e i fatti occlusivi assai tardivi.

Si sa infatti che questa evenienza dell'occlusione a volte a crisi, a volte definitiva, rappresenta il 3° periodo dello sviluppo di una

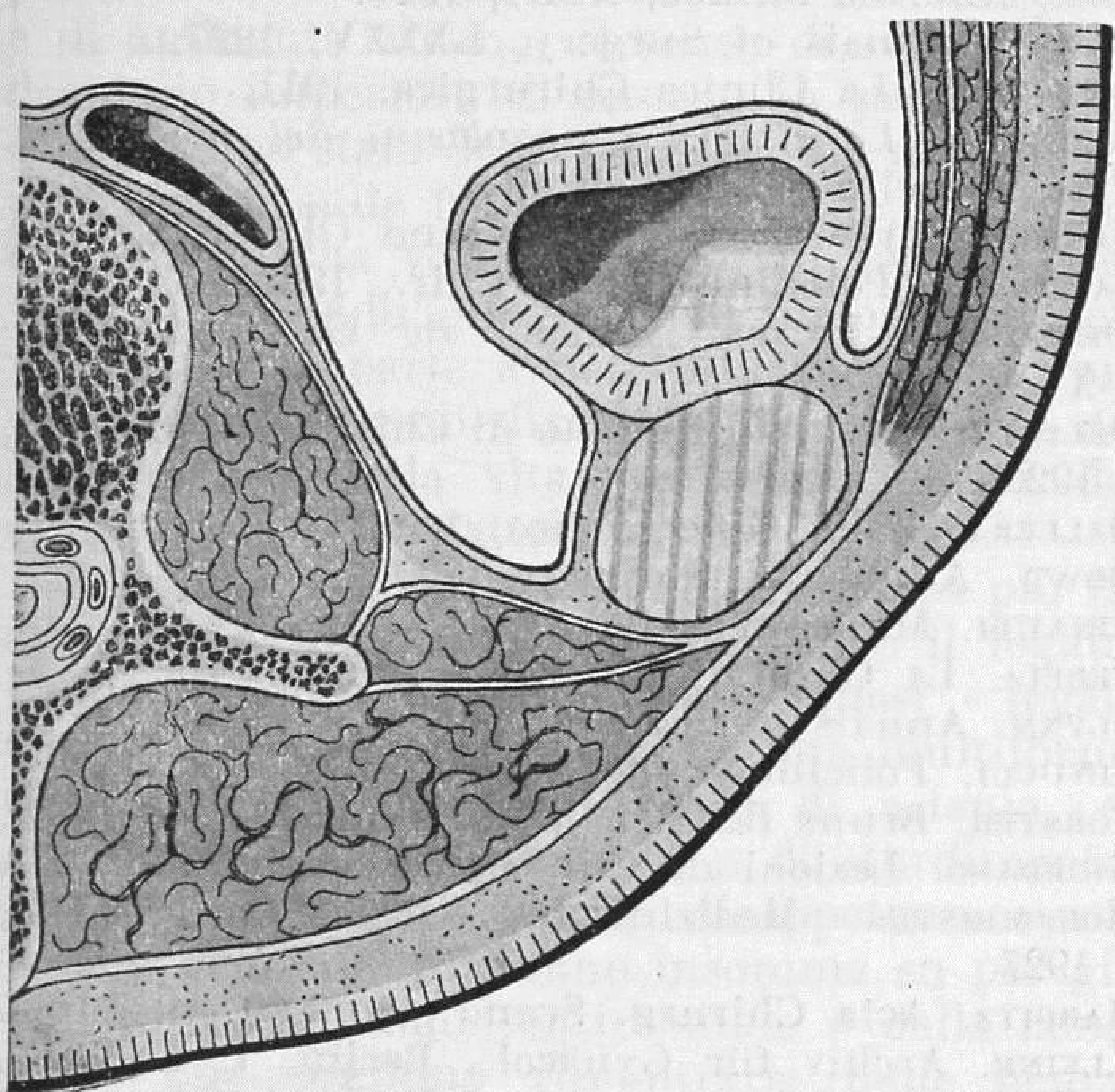


FIG. 3.

cisti (non tenendo conto dei possibili fatti di torsione che possono presentarsi anche precocemente) (Niosi, Polacco, Reinhold e altri AA.) e tale fatto, dovuto alla semplice compressione della massa neoformata (Swartley) (fig. 4), è preceduto, come nel caso attuale, da turbe dispeptiche, senso di stiramento periombelicale, in relazione anche alla trazione esercitata dalla massa sulla radice dei mesi o all'azione riflessa. Io anzi ho notato nel mio caso che spostando maggiormente verso il basso la massa, questo stato di malessere a sede ombelicale si accentua, fatto questo da tenersi in considerazione per la diagnosi differenziale, massime con le cisti ovariche.

La presenza di questi primi disturbi, lievi se vogliamo ma abbastanza sensibili per il malato, la costatazione di una massa facilmente spostabile nel ventre, spinge il malato a consultare il medico ed è in questo periodo che per lo più l'osservazione avviene.

È logico che lasciato a sè l'ulteriore sviluppo della cisti assottiglia comprimendo l'ansa fino a ridurla nastriforme e ad impedire la normale canalizzazione, nonostante i tentativi di svuotamento dei segmenti a monte. E tale tentativo può essere tanto energico da farsi rilevabile attraverso pareti addominali assai sottili ed apparire, come nel caso nostro e in speciali condizioni di luce, dovuto a lievi movimenti di rotazione, attribuibili erroneamente alla cisti.

Di fronte ad una massa cistica situata in corrispondenza di una fossa iliaca, in una giovane donna, la prima possibilità che all'osservatore si presenta, è quella di essere di

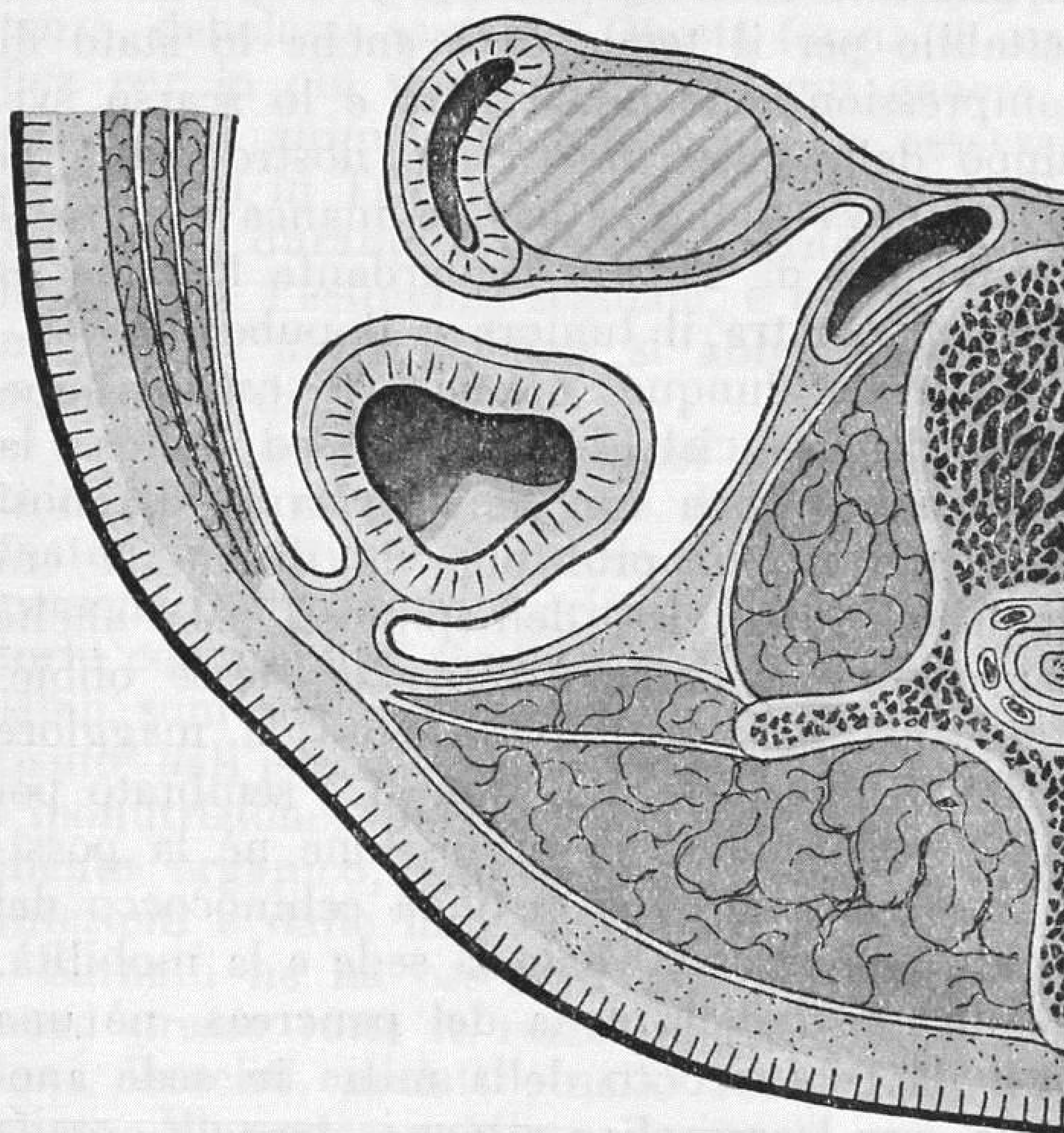


FIG. 4.

fronte ad una cisti ovarica, nulla dicendo per questa lesione l'assenza di turbe mestruali.

E tale fu all'inizio la nostra prima ipotesi non approfondibile ulteriormente che con una semplice esplorazione rettale dato lo stato di verginità della donna.

Ma la mobilità alla quale ho accennato ci fece mettere assai in dubbio la presenza di una cisti dell'ovaio, non già perchè tale sintoma non sia riscontrabile in queste formazioni a peduncolo abnormemente lungo, ma perchè in questa evenienza con grande facilità insorgono fatti riferibili a torsione del peduncolo, che mai si erano presentati nella nostra malata. Invece l'esatta osservazione dei movimenti peristaltici intestinali e il senso di doloroso stiramento a sede ombelicale provocato con la trazione in basso, ci fecero affacciare la possibilità di essere dinanzi ad una cisti del mesentere.

Del resto se la cisti non è di enorme volume, nel qual caso già è buon elemento dif-

ferenziale per attribuirla all'ovaio la mancanza di disturbi di canalizzazione, bene si presta per una esatta diagnosi l'esame ginecologico in posizione di Trendelemburg, che permettendo uno spostamento della cisti verso il diaframma, consente una migliore osservazione dell'utero e degli annessi facendo rilevare l'assenza del peduncolo caratteristico della cisti ovarica.

Non mi sembra invece accettabile il consiglio di Tillaux di ricercare al davanti della cisti una zona di sonorità dovuta all'ansa sormontante la neoformazione. Se questa ricerca può avere un certo valore quando il segmento di intestino interessato sia il colon, non è accettabile per il tenue dato anche lo stato di compressione in cui si trova e lo scarso sviluppo delle anse. Nel caso nostro tutta la massa dava suono ottuso, e mancava pure il 3° sintoma di Tillaux riguardante la zona di timpanismo tra il tumore e il pube.

Accertata dunque nel nostro caso la presenza di una cisti addominale ed esclusa la evenienza di una origine ovarica la diagnosi differenziale più probabile da discutersi era quella di una cisti dell'epiploon. Ma anche per questa si affacciavano le stesse obbiezioni, già discusse, non esclusa la maggiore rarità di queste forme. Non ci è sembrato poi di dover prendere in discussione nè la possibile presenza di una cisti da echinococco del fegato peduncolata, data la sede e la mobilità, nè una cisti della coda del pancreas, nè una cisti da echinococco della milza in sede anomala, per la semplice ragione che tale organo alla percussione si delimitava in sede. Definita pertanto la sede della cisti nel mesentere si rendeva necessaria una più profonda conoscenza del caso con l'eseguire tutte quelle ricerche che potevano permettere una diagnosi più esatta accettando od escludendo la presenza di una cisti da echinococco, quali l'intradermoreazione alla Casoni e l'eosinofilia, che nel nostro caso fu negativa.

In complesso dai sintomi riscontrati in questo caso e da quelli notati in casi similari, mi è sembrato che quelli più probativi per ammettere la presenza di una cisti del mesentere a sede in un meso lungo siano quelli che si riferiscono *alla mobilità (assai grande sia in senso longitudinale che trasversale)*; *alla trazione che la massa esercita col suo peso sulle radici del meso e provocante senso di stiramento, lieve dolore in sede ombelicale e turbe gastriche riflesse, (tale segno è maggiormente rilevabile facendo pressione in basso sulla tumefazione)*; *alla compressione che la massa produce sull'ansa che sormonta il distretto di meso (tale compressione può arrivare fino a far notare in peculiari condizioni di sottigliezza delle pareti addominali i movimenti peristaltici accentuati sulla massa in esame)*. E tale constatazione può da sola indirizzare sulla giusta via.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di cisti linfatica semplice del mesentere sviluppatosi in corrispondenza della prima ansa del digiuno, ne discute la patogenesi e la sintomatologia, ponendo in rilievo quei sintomi sui quali fu basata la diagnosi differenziale.

APPUNTI BIBLIOGRAFICI.

ALOI. Riforma Medica, XLIII, 1927.
BLAINE. Annals of Surgery, LXXXV, 1927.
BOLOGNESI. La Clinica Chirurgica, 1911.
BRUNETTI. *Le cisti e i neoplasmi del mesentere.* Ed. Policlinico, 1913, Roma.
CARTER. Surgery, Gynecology and Obstetrix, 1921.
CALZOLARI. Policlinico, Sez. Chir., 1931.
DESGOUTTES-RICARD. Journal de Chirurgie, vol. XXXII, 1928.
DELITALA. Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XVI, 1926.
DALLERA. Folia Ginecologica, vol. 27, 1930.
DOWD. Annals of Surgery, 1900.
EINAUDI. Minerva Medica, VIII, 1928.
FEDELI. La Clinica Chirurgica, 1927.
FLYNN. Annals of Surgery, vol. XCI, 1930.
FINUCCI. Policlinico, Sez. Chir., 1930.
FORSTER. Bruns Beitr. z. Kem. Chirurg., Bd., 124.
GIORDANO. Lezioni di Clinica Chirurgica, vol. III.
HOFFMEISTER. Medizinische Klinik, anno XXIII, 1927.
HARBITZ. Acta Chirurg. Scand., vol. 70, n. 1, 32.
KLEINE. Archiv für Gynäcol., Berlin, t. CXXXIX.
LATTERI. *Patologia e clinica delle cisti del mesentere.* Palermo, 1925.
LANTERBUNG. Schweizerische medizinische Wochenschrift., anno LX, 1930.
LE DENTU e DELBET. Nouveau traité de Chirurgie, Baillière e Fils., Paris, 1913.
NOVI. Policlinico, Sez. Chirurg., 1921.
NIOSI. Virchows Arch., Bd. 120, 1907.
ID. Atti Società Ital. di Chirurgia, 1906.
ID. Archivio Italiano di Chirurgia, vol. III, 1921.
PEZZINI. Clinica Chirurgica, 1912.
PETTA. Policlinico, Sez. Chirurgica, 1931.
POLACCO. Boll. e Memor. Società Pic. di Chirurgia, n. 2, 1932.
PETERS. Zentr. f. Chirurg., 1933.
RIGHETTI. Riforma Medica, 1927.
RANKIN e MAJOR. Surgery, Gynecology and Obstetrics, vol. 54, 1932.
REINHOLD. Bull. et Mém. Soc. Chir., 1932 (rec. Ann. It. di Chirurg., pag. 700, 1932).
ROMANI. Archivio Italiano di Chir., 1925, XIII.
SWARTLEY. Annals of Surgery, vol. 85, 1927.
TADDEI. *Semeiologia fisica e diagnostica chirurgica.* Utet, 1924.
UFFREDUZZI. *Trattato di Patologia Chirurgica.* Utet, 1933.
VILSON. The British Medical Journal, 1929.
WEICHERT. Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie, t. CXLV, 1929.
WHITFIELD. The American Journal of Surgery, 1930.

QUESTIONI D'ATTUALITA'

Irritabilità, psicosi e neuropatie tropicali.

(G. Castronuovo. *Riforma medica*, 3 ag. 1935).

La vita nelle regioni tropicali induce negli individui di razza bianca sensibili modificazioni somatiche che hanno non meno notevoli ripercussioni sul sistema nervoso in genere e sullo psichismo in particolare.

Dal semplice stato di irritabilità e di depressione a vere e ben definite forme di psicosi v'è tutta una gamma di stati mentali che colpiscono i bianchi che si recano nei tropici per ragioni militari, commerciali, scientifiche, missionarie, agricole e simili.

Naturalmente la forma più frequente è la neurastenia, che ha la sua origine in fattori sia psichici che fisici. Il cambiamento di abitudini e di ambiente umano, il senso di nostalgia, il desiderio imperioso di ritorno in patria determinano uno stato depressivo che ha notevoli ripercussioni sulle funzioni organiche, la cui alterazione a sua volta reagisce sul sistema nervoso provocando uno stato di meiopragia nervosa. D'altra parte a determinare questa condizione concorrono direttamente i disturbi degli apparati della vita vegetativa indotti dal clima e da tutti i fattori ad essi inerenti.

È noto come nei paesi caldi l'organo più facilmente e frequentemente colpito è il fegato. La condizione chiamata dagli inglesi « fegato tropicale » è accompagnata da una multiforme sintomatologia nervosa: senso di astenia, di abbandono, di smarrimento e di stordimento, cefalea, sonnolenza, abulia, disappetenza e malessere generale. Si hanno insomma su per giù i disturbi del tono sentimentale e della cenestesia che sogliono riscontrarsi nelle neurastenie.

Non è dubbio che a questa forma morbosa vanno soggetti sopratutto gli individui predisposti; donde la necessità di una visita preventiva per tutti coloro che sono destinati a recarsi nelle colonie per rimanervi più o meno a lungo, raccogliendo accuratamente l'anamnesi individuale e familiare.

Comunque conviene tener conto del grande potere di adattabilità dei bianchi, della loro capacità di acclimatamento quando, bene inteso, siano osservate le norme adatte per favorirlo: l'igiene della persona, l'alimentazione adatta, il lavoro moderato, gli svaghi opportuni, gli esercizî fisici appropriati, l'astinenza dall'alcool e dalle droghe eccitanti o stupefacenti, la temperanza nella funzione sessuale.

La patologia mentale degli indigeni ha alcune particolarità per le quali si differisce da quelle delle razze civili.

Le schizofrenie sono di solito leggere e tranquille, rara la malinconia e quasi assente la psicosi maniaco-depressiva. Viceversa le intossicazioni voluttuarie e le infezioni provocano frequentemente stati di confusione e peculiari psicosi. Tra queste ve ne sono alcune del tutto caratteristiche.

L'*amok* è un'esplosione emotiva che si ripete in forme stereotipate sotto l'azione degli stimoli e delle suggestioni provenienti dall'ambiente. Sembra determinata dall'azione combinata di sostanze stupefacenti ed eccitanti: alcool, oppio, haschich, ecc. È caratterizzato da accessi di allucinazioni e di furore con tendenze aggressive ed omicide. Gli infermi ne guariscono quando sono ricoverati in ospedali e quindi tenuti lontani dalle eccitazioni ambientali e dall'uso delle droghe tossiche. L'Amok è frequente nelle isole della Sonda e nella penisola di Malacca.

L'*uas-uas* è caratterizzata da uno stato malinconico, inquietudine, palpitazione, parestesie (prurito, pizzicore, formicolio) del tronco, degli arti, algie, agripnie, sogni terrifici, inappetenza, debolezza sessuale. Questa forma si verifica per lo più dopo abusi di ogni genere o patemi di animo. Mazzolani ne ha osservati alcuni casi in Tripolitania, specie all'epoca del Ramadan, durante il quale di giorno si pratica il digiuno, l'astinenza sessuale, e non si fuma, mentre di notte i fedeli si abbandonano ad ogni sorta di stravizî.

Il *lâtah* è una psiconeurosi imitante o mimicismo, caratterizzata cioè da fenomeni ecomatici, ripetizione di parole e di gesti di altre persone. Salvo le rare crisi furiose e allucinatorie con impulsi simili a quelle dell'amok, il lâtah somiglia molto all'ecolalia od al mimetismo dell'isteria. L'affezione è favorita dall'iponutrizione, dalla vitaminosi, dal deperimento organico, dall'eccesso di lavoro, dalle infezioni e dalle intossicazioni.

Sarnelli ne ha osservati casi nell'Africa del nord presso tutte le razze libiche (arabi, berberi, israeliti, mulatti), nello Yemen e nell'Eritrea. Ma essa si verifica, designata con nomi diversi (Bahtschi, Sakitlatar, Jumping, Myriakit, Mimicismo) presso molti popoli dell'Africa e dell'Asia intertropicale, nella Malesia e perfino in Siberia.

Il *Koro* è una specie di stato ansioso: il paziente teme la perdita di organi, specie di quelli sessuali, e quindi la morte. È terrorizzato da questa ossessione, guarda continuamente i suoi genitali che ritiene possano improvvisamente scomparire nel ventre. È la fobia della castrazione. La malattia colpisce prevalentemente i maschi. Di solito guarisce con l'internamento in ospedale, l'alimentazione sufficiente, l'idroterapia, la psicoterapia, i tonici ed i sedativi.

Il *Kubisagarî*, o vertigine paralizzante del Giappone, è caratterizzato da crisi di paralisi di breve durata (10-15 minuti) di alcuni gruppi muscolari, specie della nuca (donde il nome della malattia che significa « uomo dal capo cadente »), accompagnate da vertigini specie quando sono colpiti i muscoli oculari. Possono essere paralizzati tutti i muscoli del corpo, quelli degli arti, della fonazione, della deglutizione, della respirazione.

Oltre a queste forme peculiari della patologia

mentale nei tropici possono verificarsi tutte le forme di neuropatie che affliggono le razze civili.

Sono rare le poliomieliti e le encefaliti postvacciniche, ma sono comuni i processi infiammatori circoscritti dell'encefalo e del midollo, dei loro involucri, delle radici e dei nervi. Contrariamente a quel che si riteneva è stato ora dimostrato che la neurosifilide fa negli indigeni dei tropici molte vittime.

Sono comuni anche le forme giovanili di apoplessia e sincope anche in individui non tarati da lesioni nervose, cardiovasali e renali.

Altrettanto comuni sono le crisi di ipotensione vasale.

L'epilessia è frequente come nei popoli civili con le medesime forme e varietà.

La malaria, la tubercolosi, la lebbra, il vaiuolo, l'alastrim, il reumatismo acuto, l'ittero infettivo, la sprue, le gastroenteriti, il tifo, il colera, la tripanosomiasi, e particolarmente la dissenteria amebica e bacillare, possono produrre neuropsicosi di origine tossica o vere neuropatie centrali e periferiche di natura infiammatoria. Dr.

Sull'igiene della guerra coloniale.

(D. Steuber. *Münch. Mediz. Wochenschr.*, 26 luglio 1935).

L'organizzazione sanitaria delle truppe coloniali costituisce in questo momento uno dei compiti più importanti; sono troppo note per dover essere ricordate le molteplici provvidenze già attuate dal Governo che si è preoccupato anche ad affidarne le direttive a nomi di fama mondiale.

Sono interessanti le considerazioni recentemente espresse in proposito dall'A., il quale, a parte la propria esperienza (l'A. è un generale medico) cita i dati più importanti della storia delle guerre coloniali, illustrando i pericoli e le necessità igieniche della guerra coloniale.

L'A. si sofferma con speciale attenzione sul clima dell'Africa Orientale, il quale rappresenta il clima tropico per eccellenza; il maggior pericolo diretto è costituito dal possibile colpo di sole; la protezione sufficiente ed efficace contro di esso è costituita dal casco coloniale. Il calore in genere e l'elevata umidità dei mesi invernali rappresentano pure delle condizioni sfavorevoli, dalle quali potrà risentire non tanto l'italiano meridionale, quanto gli oriundi del nord, specie quelli del Tirolo.

Per quel che riguarda le malattie tropicali fra esse principale sarebbe la malaria; segue quindi la febbre ricorrente e la dissenteria; in questo campo la saggia profilassi chininica, la protezione contro le zanzare e la buona provvista in acqua potabile renderanno il soldato italiano meno vulnerabile di quel che non succedeva nelle guerre coloniali precedenti.

Con speciale predilezione l'A. si sofferma sull'importanza del carico minimo portato dal soldato bianco; una serie di eloquenti esempi riportati dall'A. dimostra come la mortalità e la morbilità del soldato bianco in colonia è inversamente proporzionale al peso da lui portato; risultati disastrosi avutisi nella spedizione francese al Madagascar sono in parte dovuti al fatto che ogni soldato doveva trasportare 34 kg. Gli inglesi che hanno la maggior pratica di guerre coloniali hanno da tempo appreso ad apprezzare tale fatto; e già nel 1868, nella spedizione di Lord Napier in Abissinia il numero degli animali adibiti al trasporto superava tre e mezzo volte quello degli uomini. Sono stati anche gli inglesi a rilevare la massima importanza dell'organizzazione sanitaria e dei trasporti; nella guerra di Sudan le truppe combattenti sono state precedute da distaccamenti del genio, di sanità e dei trasporti; e Wolseley definiva la guerra coloniale quale « doctors and engeneers war ».

L'A. ponendo in genere il problema dell'adattabilità delle truppe bianche alla guerra coloniale, lo risolve condizionatamente; l'acclimatazione viene resa attuabile mediante una serie di provvedimenti di carattere anzitutto sanitario e tecnico. Anch'egli insiste sul fatto che la guerra coloniale è una guerra di medici ed ingegneri; e la classe medica italiana non può essere che orgogliosa di una tale definizione che mette in rilievo il prezioso servizio che ella sarebbe destinata a rendere nell'eventualità di una guerra coloniale. S. Minz.

Per l'esercizio sanitario nelle Colonie Italiane o nella marina mercantile, ricordiamo l'interessante libro del

Dott. ROMOLO RIBOLLA

Medico diplomato della Marina Mercantile

Medicina Tropicale e Igiene Marinara

MANUALE TEORICO-PRATICO PER I MEDICI

Ecco come si è espresso un insigne scienziato italiano su questo libro del Ribolla:

« Caro Ribolla, ...

« *Ho ricevuto il di Lei eccellente Manuale che sarà* « *di* **grande utilità pratica** *per medici e studenti.*

« *Le auguro ogni successo e mi rallegro davvero con* « *Lei.* « Aff.mo collega ALDO CASTELLANI ».

Da New Orleans, La. (U. S. A.).

Riportiamo anche le conclusioni di uno dei tanti giudizi espressi dalla stampa consorella su questo libro del Ribolla:

« ... *Questo Manuale del* RIBOLLA, **chiaro, bene informato,** « **dovrebbe far parte indispensabile del bagaglio di chi** « **dovrà esercitare la professione sanitaria a *bordo* e** « **nei *paesi tropicali:* esso è una vera piccola enciclo-** « **pedia che sola può bastare a tutte le necessità del** « **medico, di cui sarà guida fedele e sicura** ».

(da « Annali di Medicina Navale e Coloniale », anno XXXII. vol. II, fasc. V-VI).

F. L. C.

Volume di pagg. XVI–491, con 39 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **52** più le spese postali di spedizione.

Esclusivamente per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **35** in porto franco in Italia. Per l'estero L. **40**.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

La forma cavitaria della dilatazione dei bronchi.

(F. BESANÇON, R. AZOULAY e A. MARTIN. *Presse Méd.*, 5 ottobre 1935).

Gli AA. vogliono individualizzare clinicamente e radiologicamente una forma cavitaria della dilatazione dei bronchi. Separano anzitutto nettamente le immagini cavitarie vere in cui l'aspetto radiologico della cavità corrisponde ad una bronchiettasia reale importante, e le immagini pseudo-cavitarie, in cui delle bronchiettasie a grappolo si proiettano con l'apparenza di una falsa cavità di grosso volume.

Le prime, di cui si occupano gli AA., sono caratterizzate dalla presenza di una immagine cavitaria tipica in pieno parenchima, arrotondata od ovalare, molto delimitata, a contorni netti, generalmente molto fini, con parenchima vicino normale, ciò che la differenzia dall'ascesso del polmone in cui i contorni sono molto ispessiti ed il parenchima vicino più o meno oscuro. Esiste talora un livello liquido che realizza un'immagine idro-aerea e che indica un drenaggio incompleto.

Queste cavità hanno per principale carattere di essere largamente iniettabili con il lipiodol che, in posizione orizzontale, ne precisa i contorni e li opacizza interamente, nella posizione verticale disegna un livello liquido più o meno elevato con al di sotto un contorno più o meno policiclico. D'altra parte il lipiodol può mettere in evidenza delle dilatazioni dei bronchi di piccolo volume che sono associate alla grande cavità.

Sono questi gli aspetti più abituali quando la bronchiettasia è inattiva. Ma queste immagini chiare possono trasformarsi nel corso delle *poussées* acute e dar posto ad aspetti transitori del tutto differenti, che possono far pensare ad una pleurite interlobare o ad un ascesso del polmone, che consistono in un'ombra sospesa trasversale, densa ed omogenea, nettamente delimitata ad apice ilare e a livello più o meno alto. Questo aspetto scompare dopo la fase acuta, residuando una grossa cavità juxta-ilare del tipo già descritto, con un piccolo livello liquido che scompare dopo qualche giorno.

Questi aspetti di collezione incistata possono essere considerati come immagini di ritenzione che compaiono al momento delle *poussées* infiammatorie nelle bronchiettasie cavitarie voluminose, di cui il drenaggio sufficiente in periodo di riposo diviene deficiente sotto l'abbondanza massiva della suppurazione.

Un punto particolare della diagnosi radiologica deve esser messo in particolare evidenza. Le immagini cavitarie vere corrispondenti realmente alla proiezione di grosse cavità bronchiali non devono essere confuse con le immagini pseudo-cavitarie di bronchiettasie associate a lesioni tubercolari.

Ma queste immagini pseudo-cavitarie possono anche riscontrarsi nelle dilatazioni comuni, idiopatiche. Si tratta allora di aspetti circolari isolati, di grande diametro, interamente comparabili sulla radiografia semplice a quelle precedentemente descritte. Solo gli esami con lipiodol dimostrano che queste immagini non si opacizzano interamente e non possono essere interpretate come vere cavità di grande diametro. Gli AA. pensano che queste immagini risultino da un ammasso di dilatazioni ampollari riunite a grappolo, anormalmente visibili, di cui i bordi policistici si proiettano sulla lastra secondo un contorno circolare. In questi casi è necessario ricorrere alle radiografie trasversali che eliminano diverse cause di errore.

Dal punto di vista clinico, la dilatazione cavitaria presenta la sintomatologia generale della bronchiettasia, ma possiede alcune particolarità sulle quali gli AA. insistono.

L'affezione inizia il più spesso in modo brusco, con una espettorazione molto abbondante, talora fetida, che può presentarsi sotto forma di vere vomiche. Le *poussées* ulteriori rivestono lo stesso aspetto clinico dell'episodio iniziale fino alla fase di cronicità.

In verità tutto si svolge come se si trattasse di una grossa cavità preesistente che resta lungo tempo latente ma che, a partire dal momento in cui l'infezione si manifesta, provoca, per il suo volume, fenomeni congestizi, infiammatori e suppurativi molto più importanti e più immediati che nelle bronchiettasie comuni.

D'altra parte la forma cavitaria è caratterizzata dalla abbondanza e dalla frequenza delle emottisi, ciò che è spiegato dalle lesioni vascolari che si trovano nella parete di queste grosse cavità.

Infine, in alcuni casi, le dilatazioni cavitarie, per il loro volume ed il loro drenaggio imperfetto, possono dar luogo, al momento delle *poussées* infiammatorie, ad una sindrome clinica di ritenzione, a delle vomiche accompagnate da segni radiologici di una collezione incistata. La bronchiettasia prende allora l'aspetto di un ascesso del polmone o di una pleurite interlobare, errore diagnostico che può condurre, in caso di intervento chirurgico intempestivo, a conseguenze deplorevoli.

Gli aspetti microscopici ed istologici delle cavità di questa forma di bronchiettasia sono dello stesso ordine di quelle riscontrate nella dilatazione dei bronchi in generale. Si è già detto della importanza delle ectasie vascolari.

La dilatazione cavitaria rappresenta per eccellenza il tipo della bronchiettasia congenita. I segni clinici compaiono bruscamente in soggetti che non presentano nel passato alcuna affezione dell'apparato respiratorio suscettibile di spiegare la produzione rapida, in un giorno o due, di cavità tanto voluminose.

C. TOSCANO.

Di alcuni nuovi segni per la diagnosi dei versamenti liberi della pleura.

(L. D'Amato. *Rif. Med.*, 5 ottobre 1935)

L'A. descrive due nuovi rilievi semeiologici nei casi di versamento pleurico. L'uno consiste nel fatto che l'ottusità vertebrale scompare quando l'infermo si mette nel decubito laterale opposto a quello del versamento.

Esso è dovuto al fatto che nel decubito laterale opposto il liquido abbandona il seno costo-mediastinico posteriore per passare nel seno costo-mediastinico anteriore.

L'altro segno consiste nel fatto che nel decubito laterale opposto apparisce un aumento dell'aia piccola del cuore tanto nel lato del versamento quanto nel lato opposto. La tecnica per la ricerca del segno è semplicissima. Si delimita la piccola aia cardiaca, mentre l'infermo è in decubito supino e si ripete la delimitazione mentre l'infermo decombe sul lato opposto a quello del versamento. Ora, mentre in condizioni normali l'aia cardiaca, nel decubito laterale, si sposta verso il lato del decubito di 1-3 cm., quando vi è un versamento pleurico, invece, aumenta di ampiezza tanto nel limite destro quanto nel limite sinistro, cioè tanto nel senso del decubito quanto nel senso opposto. È chiaro che l'aumento dell'aia nel senso del decubito, è dovuto allo spostamento del cuore secondo le leggi della gravità, mentre che l'aumento nel senso opposto è dovuto alla replezione del seno pleurico mediastinico anteriore, il quale fa sì che la ottusità pleurica si sovrapponga a quella del cuore e la faccia sembrare ingrandita.

Il segno è anche più chiaro ed evidente, per ragioni ovvie, nel pneumotorace con versamento liquido. Nelle pleuriti con vaste aderenze anteriori è possibile teoricamente che il fenomeno sia meno evidente. È degno di nota il fatto che l'ottusità spostabile di regola non invade il mediastino superiore. È probabile che ciò sia dovuto al fatto che per lo spostamento del cuore verso il lato sano nei decubiti laterali, anche la pleura mediastinica corrispondente viene a spostarsi, in modo che si ha una diminuzione di pressione nel seno costo-mediastinico anteriore del lato infermo. Si spiegherebbe quindi perchè il liquido pleurico accorra nel punto in cui la pressione diventa minore.

C. Toscano.

RICAMBIO.

Foruncolosi ed iperglicemia.

(A. Raiga, J. Martineau e H. Chabanier. *Presse Médicale*, 2 febbraio 1935).

La furuncolosi è una malattia infettiva della pelle molto frequente nel corso del diabete. La coincidenza delle due condizioni è molto più frequente di quel che generalmente si crede, perchè molto spesso si esclude l'esistenza del diabete fondandosi solo sull'assenza della glicosuria, mentre in effetti la diagnosi del disturbo del ricambio degli idrocarbonati deve basarsi esclusivamente sulla determinazione del tasso glicemico.

Sta di fatto che la furuncolosi è una malattia esogena nel senso che è determinata da infezioni della cute provenienti dall'esterno. Ogni individuo può essere contaminato dallo stafilococco aureo. Ma questa infezione esercita un'influenza sull'iperglicemia ed è anche capace di aumentare un tasso glicemico presso che normale, e dall'altra parte è favorita dall'iperglicemia preesistente.

Nel corso della furuncolosi la glicemia può variare in proporzioni anche forti senza che si manifestino altri sintomi rivelatori di questa modificazione.

La glicemia quando non è o non rimane normale, imprime alla foruncolosi due caratteri: la recidività e la gravità.

La recidività è il carattere più direttamente legato alle iperglicemie anche leggere e che pertanto talvolta non vengono rilevate. Sta di fatto che la ripresa degli accidenti acuti segue molto da vicino l'abbandono del regime alimentare o la soppressione della cura insulinica.

La gravità invece è determinata dall'associazione dell'iperglicemia con l'antifagismo, ossia con quella condizione che ostacola la normale proprietà battericida del siero di sangue che concorre al giuoco normale delle reazioni di difesa dell'organismo. Quando i due fatti coesistono (iperglicemia e antifagismo) l'infezione stafilococcica assume una particolare virulenza, in quanto mentre da una parte difettano le reazioni che provocano la lisi dei batterî, dall'altra sotto l'influenza dell'iperglicemia i germi si sviluppano con una rapidità sempre crescente.

Poichè l'infezione stafilococcica è favorita dallo stato iperglicemico e poichè d'altra parte essa stessa tende ad aumentare il tasso di zucchero nel sangue, si stabilisce un circolo vizioso che occorre rompere con la maggiore sollecitudine se si vuole ottenere una guarigione rapida e totale.

Tenuto conto delle considerazioni patogenetiche già fatte il trattamento deve essere indirizzato a ridurre lo stato di antifagismo ed insieme l'iperglicemia.

Il primo scopo si può ottenere con la chimioterapia, la vaccinoterapia e sopra tutto con la fagoterapia, ossia con le pratiche indirizzate a ridare al siero sanguigno la proprietà battericida, il che si può ottenere con l'autoemoterapia e le iniezioni di batteriofagi.

La riduzione dell'iperglicemia si può raggiungere con il regime alimentare adatto e con l'insulinoterapia.

Quando l'infezione si è stabilita occorre ottenere una rapida caduta del contenuto di zucchero nel sangue e quindi mantenerlo al tasso normale. Ciò si può ottenere solo con le inie-

zioni di insulina praticate con tutte le precauzioni necessarie, in dosi veramente efficienti ma incapaci di determinare disturbi ipoglicemici.

D'altra parte occorre controllare l'alimentazione in modo che l'apporto degli idrati di carbonio sia ridotto in modo da non rendere necessarie dosi sempre maggiori d'insulina.

Concludendo gli accidenti provocati dall'infezione stafilococcica trovano nel sustrato organico individuale la spiegazione della loro varietà e gravità. La fagoterapia non può risultare efficace se non è accompagnata dalle pratiche atte ad eliminare o ridurre gli ostacoli organici che si oppongono alla guarigione naturale (antifagi) o che favoriscono la moltiplicazione dei batterì patogeni (iperglicemia), nonchè dall'azione diretta sullo stesso stafilococco aureo. DR.

La secrezione interna e il ricambio idrico.

(W. NONNENBRUCH. *Medizin. Klinik*, 20 settembre 1935).

La regolarizzazione del ricambio dell'acqua nell'adulto sano costituisce un processo talmente preciso che, indipendentemente dalla quantità di cibo e di bevande introdotta, il peso dell'organismo al mattino a digiuno mostra delle oscillazioni insignificanti. L'acqua viene riassorbita dall'intestino e penetra nel sangue, senza che si possa riconoscere una vera acquificazione dei tessuti, nemmeno nel fegato, che è subito inserito e che sotto tale aspetto ha grande importanza; dal sangue, viene trasportata ai reni e di qui emessa. I singoli tessuti agiscono, in misura diversa, come depositi, sicchè nelle condizioni normali, anche con forti introduzioni, non si hanno degli edemi. La permanenza dell'acqua si equilibra rapidamente mediante l'uscita, salvo piccole oscillazioni in rapporto con il contenuto in sale. Mediante la prova dell'acqua di Volhard, si dimostra l'integrità di tale sistema.

Si presentano pertanto varie questioni sul decorso di tale processo e sul modo con cui esso viene regolato. Da dove riceve il rene lo stimolo per iniziare e terminare la escrezione? Si trova tale stimolo nella ampiezza della corrente che attraversa il rene oppure nel contenuto in acqua ed in sostanze minerali del sangue ovvero nella costituzione dei corpi albuminoidi del sangue stesso? Ma tutti questi fattori non sono sufficienti per spiegare la diuresi ed occorre ricorrere ad un altro che sovraintenda ad essi e li coordini.

Qualche cosa ci è nota in proposito e si deve ritenere che le ghiandole endocrine vi partecipino. Le malattie di tali ghiandole possono dare disturbi nel ricambio acqueo, che si manifestano con edemi, con sete e poliuria, ovvero con enorme oliguria e ripugnanza al bere. Sono note la lentezza del ricambio dell'acqua nella deficienza tiroidea, gli edemi del climaterio e di varie malattie dell'oofisi, la poliuria e l'oliguria dipendenti dall'ipofisi. Le vie per cui un dato increto manifesta la sua azione possono essere diverse ed è bene il conoscere le varie possibilità.

1) *L'azione renale diretta.* — Il fattore regolatore più importante è quello umorale, in quanto che anche dopo l'esclusione nervosa, il rene si adatta alle varie prove di carico. Fra i singoli increti, quello del lobo posteriore dell'ipofisi fornisce un punto di attacco renale e si vede, di fatto, che con la somministrazione di pituitrina, l'urina dapprima abbondante si fa scarsa ed aumenta il contenuto in cloro: tutto ciò con un meccanismo non ancora chiarito. Discutibile è il punto d'attacco renale della tiroide.

2) *L'azione diretta sui tessuti* può manifestarsi sia influenzando direttamente la capacità di fissazione dell'acqua ed il contenuto in acqua dei singoli tessuti ed organi (fegato), sia per azione indiretta con modificazione delle proteine del sangue, del ricambio minerale, ecc. Le sostanze che agiscono su questo fattore extrarenale sarebbero il lobo posteriore dell'ipofisi e la tiroide.

3) *La posizione centrale del sistema diencefalo-ipofisario nella regolazione del ricambio idrico.* — È probabile che anche gli altri increti agiscano sul ricambio idrico per questa via.

L'ipofisi appartiene alle società di organi dualistiche e consiste nel lobo anteriore epitelioide endodermico ed in quello posteriore pertinente al cervello. Entrambe prendono parte al ricambio idrico mediante i loro increti. Quello dell'anteriore agisce favorendo l'azione della tiroide (tireotropo) e può quindi per questo mezzo agire sul ricambio idrico; è ancora discutibile l'esistenza di un ormone che favorisce la diuresi.

Essenziale è l'ormone del lobo posteriore, il quale può essere scisso in due: l'uno che agisce sull'utero (oxitocina), l'altro ad azione vasoattiva ed antidiuretica (tonefina, pitressina, vasopressina). Tuttora discutibile è la separazione della tonefina in una sostanza antidiuretica ed un'altra vasoattiva.

L'ormone del lobo posteriore arriva in parte direttamente nel sangue ed in parte nel liquor, nell'infundibolo e nelle vie nervose in diretta connessione con il lobo posteriore ipofisario. Da esperienza di Trendelenburg e Sato, si dovrebbe anzi concludere che un tale ormone può anche essere formato da parti del diencefalo.

Un tempo, l'ormone postipofisario si saggiava soltanto con la prova sull'utero o con la pressione del sangue. È merito di H. Marx di avere introdotto la prova antidiuretica, mediante la quale si ottiene sperimentalmente, già con quantità di cmc. 0,000125 della consueta soluzione di pitressina un aumento della quantità di cloruro di sodio nell'urina. Il potere antidiuretico si può così stabilire con certezza.

Per comprendere bene il meccanismo di questo sistema diencefalo-ipofisario, si deve tener presente quanto segue: 1) L'ormone agisce ancora come antidiuretico col rene enervato ed anche una volta sezionato il midollo spinale, quando non agisce più la regolazione calorica; 2) L'asportazione dell'ipofisi provoca poliuria per parecchi giorni, pur anche col rene enervato; 3) La puntura del diencefalo provoca poliuria, che è indipendente dall'innervazione del rene.

Rimane ora la questione del come si manifesta tale poliuria da puntura quando si escluda la via nervosa: risulta che essa è dovuta all'eliminazione dell'ostacolo costituito dalla sostanza antidiuretica. Sarebbe proprio questo ormone che regola il ricambio dell'acqua e che rappresenterebbe un fattore importante per la genesi del rene da gravidanza e della glomerulo-nefrite acuta. La maggiore o minore quantità di esso nel sangue regola tutto il ricambio dell'acqua; esso è abbondante a digiuno e scompare dopo aver bevuto. È questo ormone antidiuretico che mette in moto i meccanismi del rene e dei processi tissulari che preparano l'eliminazione dell'acqua.

Ma quale è lo stimolo per la formazione di tale ormone nel sistema diencefalo-ipofisario? Possono aversi stimoli nervosi ed è assodato che il centro della diuresi può agire sotto l'influenza di parti del cervello superiore. Vi sono anche stimoli umorali, che possono risiedere in modificazioni dell'isotonia e dell'isoidria.

Ve ne sono inoltre di endocrini, particolarmente in rapporto con la tiroide, che hanno anche grande importanza per il ricambio dello jodio. Clinicamente, l'influenza della tiroide si manifesta con l'accelerare tutto il movimento dell'acqua e del sale; un deposito sottocutaneo di soluzione fisiologica scompare rapidamente ed aumenta la diuresi. Invece, la deficienza tiroidea porta alla ritenzione idrica. Nel trattamento di molti edemi risulta efficace l'estratto tiroideo ed in alcuni casi anche quello preipofisario, con il suo ormone tireotropo.

Raramente, però, nel caso pratico si ha a che fare con il disturbo di un solo organo endocrino, per cui è difficile il decidere a quale è dovuto il singolo sintoma clinico. Così, spesso si osservano in rapporto con le mestruazioni, con la gravidanza, con il climaterio dei disturbi nel ricambio idrico, degli edemi, che non possono essere attribuiti soltanto all'azione dell'ovaia, ma si deve pensare ad un'azione sul sistema diencefalo-ipofisario. Questo si dica anche per l'influenza sul ricambio idrico da parte del fegato, dell'insulina, dei surreni o di altre ghiandole endocrine.

L'influenza endocrina sul ricambio idrico da parte della periferia è soltanto uno dei fattori di esso. Così, nell'edema da fame può cooperare un'insufficienza endocrina, ma la parte principale è data dalle lesioni dei tessuti provocate dalla fame. Nell'edema dei diabetici, la causa prima è l'insufficienza di insulina, ma l'edema si manifesta soltanto per il disturbo secondario da essa provocato.

Il fegato è molto importante nel ricambio idrico anzitutto come fattore meccanico (blocco venoso), ma anche come organo ormonale. Così vi sono talvolta nella cirrosi epatica, degli edemi, non riferibili al fattore meccanico, che scompaiono con la somministrazione di estratti epatici. In tali malati, si osserva anche un disturbo renale che si manifesta con oliguria a basso peso specifico, senza modificazioni nell'escrezione del cloruro di sodio e dell'azoto (ipostenuria epato-renale).

Ma anche altri rapporti ormonali possono aversi con l'intestino, la milza, la corteccia surrenale. Trattasi per tutti di funzioni condizionate in rapporto con l'ipofisi, che dimostrano la grande importanza del fattore endocrino nel ricambio idrico. La continuazione di queste ricerche, oltre a darci una più sicura visione del ricambio idrico, potrà avere anche una ripercussione sulla terapia. *fil.*

DIETETICA.

Problemi di dietetica moderna.

(SKULI V. GUDJONSSON. *Deut. med. Wochens.*, 13 sett. 1935).

In questa sua conferenza, tenuta alla Soc. med. di Berlino, l'A. insiste soprattutto sulla grande importanza delle vitamine nella dieta. Le avitaminosi, o meglio le ipovitaminosi, se anche non si manifestano con i quadri clinici più noti e spiccati, danno stati di debolezza e di predisposizione alle malattie.

Così, la carenza di vitamina A abbassa la resistenza alle infezioni e forse anche verso determinate infezioni. Le autopsie di circa 30.000 ratti ed altri animali fatte dall'A. stesso in occasione di esperimenti sulla vitamina A, gli hanno dimostrato che gli animali in carenza di tale vitamina avevano segni netti di infezione specialmente delle vie urinarie, dei reni, delle ghiandole linfatiche, ecc., che si avevano invece raramente in quelli non sottoposti a detta carenza.

Più frequenti sono le malattie della pelle in individui in carenza di vitamine, fra cui tipica è la pellagra, causata da carenza di vitamina B_2.

Vari disturbi del sistema emopoietico-vasale sembrano essere in rapporto con la carenza di vitamina C. Le sensazioni di benessere generale, di stanchezza, di nervosismo sembrano in rapporto con essa; si ritiene che la così detta stanchezza primaverile costituisca un segno di ipovitaminosi.

L'avitaminosi latente A si riconosce dalla cecità notturna; l'emeralopia scompare dopo il trattamento con vitamina A.

L'avitaminosi C latente, si può riconoscere con la prova di resistenza dei capillari; una

stasi artificiale produce piccole emorragie capillari sulla cute. Si può anche determinare la quantità di vitamina escreta nell'urina con la prova di carico mediante la vitamina C e vedere così se l'organismo si trova in uno stato di equilibrio negativo.

Anche le ricerche su determinati gruppi di persone alimentate con o senza aggiunta di vitamine dimostrano l'importanza pratica di queste. L'A. ha eseguito tali ricerche su circa 1000 individui: 400 lavoratori della birra, 200 soldati e 400 scolari, seguendoli per un tempo variabile da 6 mesi ad un anno. Ad una parte di questa gente, con un vitto normale ed identico per tutti, ha somministrato un preparato vitaminico (che egli chiama spinatin) composto essenzialmente di vitamina A e C, oltre un'aggiunta di B_1 e B_2. Non tiene conto delle osservazioni fatte sulle donne, poichè per queste l'aspirazione alla « linea » è più forte di ogni vitamina.

Per quanto riguarda il peso dei soldati, è da osservarsi che quelli corpulenti diminuirono e quelli magri aumentarono. In un gruppo di soldati della stessa corporatura (corpo di guardia reale) quelli che ricevettero le vitamine aumentarono regolarmente con una differenza che è 2,2 volte l'errore medio, quelli senza vitamina non aumentarono.

Nettamente più bassa fu la morbosità negli individui che ricevettero le vitamine, specialmente fra le donne oltre i 45 anni. Così pure abbassata è la cifra della morbosità per infezioni; anche la gotta ed il reumatismo sembrano influenzati favorevolmente e così pure le malattie cutanee.

Negli scolari, la differenza nel comportamento, nel peso, nell'accrescimento risultò evidentemente in favore di quelli che presero le vitamine; in questi, le assenze da scuola furono molto meno frequenti con una differenza che è di 2,9 volte oltre l'errore medio.

Curioso è l'effetto sull'accrescimento delle unghie che, nei bambini vitaminizzati da 6 a 7 anni è maggiore, mentre è minore in quelli dai 10 anni in poi e così pure nei soldati (l'accrescimento medio normale è di mm. 0,1 al giorno).

La nostra vita attuale non è certamente favorevole all'introduzione di vitamine in quantità sufficiente; anche i modi di preparazione dei cibi sono tali da distruggerle il più delle volte. Ma le stesse sostanze che ci vengono dalla natura sono ora molto meno ricche in vitamine; le piante a cultura forzata (e chi scrive aggiunge quelle concimate con concimi chimici, in luogo del concime naturale) forniscono minori quantità di vitamine e così pure gli animali nutriti con mangimi artificiali forniscono, specialmente d'inverno minori quantità di vitamine. I trattamenti industriali che si fanno subire alle materie prime le spogliano poi della maggior parte di questi utilissimi principî quando poi la fobia delle infezioni non arriva a darci dei prodotti privi di qualsiasi vitamina. I molti prodotti, così ricchi in vitamina, del mare non sono stati finora sufficientemente utilizzati.

L'A. ritiene che la causa della maggiore statura delle razze nordiche sia da ricondurre ad un maggior uso di vitamine.

È ormai passato il tempo in cui si badava essenzialmente alle infezioni; l'igiene della nutrizione prende ora il sopravvento ed è in pieno sviluppo. È un'ondata dopo l'altra che arriva alla spiaggia e vi lascia degli oggetti preziosi per l'umanità che fa tesoro di tali cognizioni per essere meglio armata nella lotta per la vita e per la conquista della salute e del benessere.

fil.

L'azione degli alimenti sul sistema endocrino-simpatico.

(N. PENDE. *Journées méd. belges*, 1935).

L'A. rileva che gli apporti alimentari nel tubo digerente forniscono certi prodotti che sono loro particolari e determinano pertanto delle variazioni nella crasi ormonica sanguigna. Si può quindi ammettere che non è indifferente fornire l'una o l'altra dieta nelle disfunzioni endocrine.

L'alimentazione quasi esclusiva di carne aumenta la quantità di tiroxina e di adrenalina ed anche la quantità di un ormone preipofisario; ciò accade nelle prime ore che seguono l'ingestione dei protidi animali. Sembra che tale azione sia determinata dagli aminoacidi. Il tono dell'orto-simpatico si eleva e, contemporaneamente, la sensibilità dei tessuti all'adrenalina ed, in modo generale, alle sostanze simpaticotoniche, mentre diminuisce la sensibilità all'insulina. L'equilibrio acido-base si sposta verso l'acidosi.

I protidi vegetali hanno un'azione meno notevole che quelli animali.

Viceversa, i glucidi alimentari favoriscono l'increzione dell'insulina nel sangue, aumentano la sensibilità dell'organismo all'insulina, come pure il tono del parasimpatico, mentre diminuisce la sensibilità alla tiroxina ed alla adrenalina. I carboidrati moderano, inoltre, l'azione eccitante dei protidi sulla tiroide.

I lipidi agiscono variamente secondo che contengono dei grassi neutri e degli acidi grassi, ovvero della lecitina o del colesterol. Gli acidi grassi ed il colesterol agiscono nello stesso senso che i protidi, aumentando l'eccitabilità del simpatico e degli ormoni simpaticotropi. Invece, i grassi neutri e la lecitina sono sinergici con l'insulina, col parasimpatico e con gli ormoni parasimpaticotropi.

Gli alimenti vegetali (verdure fresche e frutta) favoriscono mediante i loro sali minerali alcalini l'azione del parasimpatico e dell'insulina, mentre moderano l'eccitabilità dell'ortosimpatico e degli ormoni simpatici.

L'azione degli alimenti vegetali freschi è più complessa a causa della presenza delle vitamine. Quella A (carotene) è un eccitante delle ghiandole sessuali ed un moderatore della tiroide; quella B è un eccitante della secrezione insulinica ed un moderatore di quella surrenale; quella C è un eccitante della corteccia surrenale; quella D un eccitante della tiroide e del simpatico, come il colesterol irradiato; quella E, un eccitante della funzione di riproduzione.

Si comprende tutta l'importanza di queste nozioni, oltre che nell'endocrinologia, nell'igiene alimentare alle diverse età della vita e specialmente nella prima infanzia e nell'involuzione senile. *fil.*

DIVAGAZIONI

Riso e sorriso morbosi nell'infanzia.

(GILBERT-ROBIN. *Journal des praticiens*, 23 settembre 1935).

Potrebbe sembrare caratteristico del bambino ridere: pertanto non deve meravigliare se alcuno stupirà che si voglia cercare del morboso nel riso del bambino. In verità il riso può differenziarsi da un altro ridere, sia per il modo con cui il bimbo ride, sia per il momento scelto, sia per le varie sfumature, sia per il tono. Sono altrettante piste per svelare anomalie psichiche. Ed in primo luogo merita attenzione il bambino che non ride: può trattarsi di un bambino precocemente serio, di un bambino che, vivendo fra anziani, resta col viso immobile sia per stato naturale che per rendersi interessante. Ma sovratutto può essere un bambino infelice, vivente con genitori che di lui non si interessano o dai quali è maltrattato: in tal guisa il bambino arriva a non saper più ridere, e mostra sul viso il precoce disgusto. L'assenza del riso si osserva nei bambini depressi, depressi non per ragioni esteriori, ma per innata tendenza alla tristezza, alla noia.

Abbiamo poi i sorrisi morbosi: il bambino paranoico non ride, ma talora sorride: spesso disdegna rispondere alle vostre domande ma vi abbozza un sorriso speciale, acuto, tagliente, fine, che solleva appena l'angolo delle labbra; il sorriso del paranoico è « superiore ». Vi sono sorrisi senza motivo, degli eterni sorrisi: sorrisi vuoti, come quello del candidato alla demenza. È così che il sorriso, una delle più squisite e precoci manifestazioni del bambino (appare fra i sei e dodici mesi) può rivelare una anomalia psichica. L'anomalia dimostrata dalla sua assenza sarà delle più gravi, poichè il fatto che un bambino non ride e non sorride, nè rivela la sua affettività con una mimica, indica un arresto mentale profondo, la cui prova viene presto fornita da altri sintomi.

Fra i risi che, a seconda la maniera come si producono, rivelano un disturbo psichico, bisogna citare anzitutto il riso del bambino emotivo. L'emotivo non sa servirsi delle sue emozioni: egli è da essi dominato, ma le manifestazioni emozionali predominano sempre sui sentimenti provati ed è giusto dire con Lange che « il bambino è triste perchè piange e lieto perchè ride ». Quando si esamina un emotivo si è meravigliati di vederlo passare senza motivo apparente dalle lagrime al riso, dal riso alle lagrime: perchè il bambino prova una emozione e riso e lagrime esprimono erroneamente questa emozione nel linguaggio emozionale di cui il bambino non è più padrone. Se noi non abbiamo che una parola per esprimere dei sentimenti diversissimi, l'emotivo ha una mimica svariatissima per esprimere la stessa emozione, e non è padrone di questa mimica. Questo proviene da un disturbo della coordinazione, da uno squilibrio del controllo nervoso.

Il riso beato, perpetuo, dell'idiota o dell'imbecille, o del « povero di spirito » attira subito l'attenzione dell'osservatore che presto svela sotto il riso, il vuoto intellettuale e la suggestibilità morbosa.

Alcuni bambini, malati mentali e nervosi, presentano un disturbo della mimica, la cui caratteristica è di simulare il riso: è più una smorfia che un riso. Si osserva negli pseudo-bulbari.

Riso ed inopportunità del riso: in questo caso il riso scoppia per mancanza di controllo, in un momento mal scelto, ovvero il riso è così abituale che nessun avvenimento lo arresta, ovvero è arrestato da una condizione che avrebbe dovuto farlo manifestare. Il bambino « instabile » presenta un tal genere di riso, e può accompagnarsi a fatti motori. È una specie di incontinenza psicomotoria per assenza di inibizione corticale, senza che, per altro, tale processo interessi le facoltà intellettuali. Nei casi meno gravi il lieve debole mentale non si controlla a sufficienza e lo vedremo, ad es. ridere ridere inaspettatamente in una cerimonia al cimitero.

La demenza precoce è rara nell'infanzia: così è raro che il maestro abbia occasione di udire in classe nel mezzo della lezione, lo scoppio di un riso inestinguibile, dal suono falso e freddo, metallico, con la mimica inespressiva, da pazzo.

E passiamo oltre alle crisi di riso collettivo, le piccole epidemie di riso che i pedagoghi, talora segnalano e che provano la suggestibilità del bambino nonchè l'assenza di autorità educativa. E passiamo anche oltre ai risi pazzi delle ragazzine, risi banali, frequenti, che non sanno di anomalia, risi con i quali si difendono, deridono, nascondono il loro malessere, riso del quale sembrano servirsi per unirsi fra di esse per difendersi dagli avversari maschi. Questi risi pazzi sono delle buone armi per le giovani ed è giusto che le bimbe comincino a saperle utilizzare. MONTELEONE.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

MICHELE BUFANO. *Su la Patologia e la Clinica delle Splenomegalie cosidette primitive*. Volume di pagg. 198, con 39 illustrazioni nel testo. Casa Editrice L. Pozzi, Roma, 1935. Prezzo L. 30.

Ecco la Prefazione con la quale il Prof. Domenico Cesa-Bianchi presenta il volume:

« I numerosi e spesso notevoli contributi di questi ultimi anni, e possiamo dire del dopo guerra, allo studio delle splenomegalie, se hanno allargato ed in molti punti anche approfondito le nostre conoscenze, non si può dire che le abbiano sempre chiarite e sopratutto che abbiano saputo coordinarle in modo soddisfacente. Al contrario, si può affermare che oggi, più che venti anni or sono, è assai difficile orientarsi nel campo così complesso e diverso delle splenomegalie e perfino sapere precisare, nella congerie delle descrizioni cliniche e dei reperti anatomici, i fatti e le cognizioni nuove definitivamente acquisite ed universalmente accettate.

« Gli è che la milza, come è già stato detto, è l'organo lacunare per eccellenza e non soltanto nel senso letterale, ma anche nel senso traslato della parola; lacune d'ordine anatomico, lacune fondamentali d'ordine fisiologico e più ancora fisiopatologico, donde le oscurità, le innumerevoli ipotesi, le incertezze ed i contrasti della patologia e della clinica splenica, aggravate dal fatto che le lesioni anatomo-patologiche, spesso incerte, molte volte non presentano caratteristiche proprie e tanto meno sufficiente costanza nelle singole forme morbose.

« Gli è ancora che la milza, per le sue fondamentali proprietà anatomiche e fisiologiche, è un organo che non soltanto ha rapporti stretti e diretti, quasi di continuità, con i visceri vicini e sopratutto col fegato, ma è ancora un organo che fa parte di un complesso sistema — l'emolinfopoietico — di cui rappresenta una delle più importanti sezioni; è un organo quindi, che se può ammalare in modo primitivo ed esclusivo, tuttavia nella grande maggioranza dei casi, almeno per quanto riguarda le splenomegalie e quindi il capitolo di gran lunga più importante e controverso della patologia splenica, ammala secondariamente, oppure ammalandosi coinvolge simultaneamente nella sua sofferenza altri organi vicini e lontani coi quali è strettamente unito per ragioni anatomiche e funzionali, determinando situazioni morbose così complesse, mutevoli e svariate da rendere quasi sempre assai difficile sceverare quanto in esse spetti alla milza e quanto invece al fegato, alle linfoghiandole, al midollo osseo e più raramente ad altri organi ancora.

« Ecco le ragioni fondamentali, alle quali altre si potrebbero aggiungere di minore importanza, per cui la patologia e la clinica delle splenomegalie presentano ancor oggi tante lacune, tante oscurità; per cui le ipotesi, più che i fatti, si susseguono numerose e spesso azzardate ed i tentativi di classificazione, e cioè di coordinazione del vasto materiale di osservazione anatomo-clinico, raccolgono facili critiche per la loro forzata incompletezza.

« È quindi naturale che le monografie sulla patologia e la clinica delle splenomegalie vengano sempre accolte con interesse, sopratutto se, come questa del Bufano che ho l'onore di presentare al pubblico medico italiano, senza lasciarsi suggestionare dai vari indirizzi delle diverse scuole mediche e senza fidarsi delle molte ipotesi spesso seducenti, si mantengono strettamente aderenti ai fatti osservati ed alla realtà clinica di situazioni morbose apparentemente affini, ma spesso profondamente diverse.

« Il Bufano saggiamente approfittando del largo materiale di osservazione offertogli dalla Clinica Medica di Genova ha potuto farsi, in questi ultimi anni, una ottima cultura ed una sicura competenza in tema di splenomegalie, mentre con lo studio accurato e completo di alcuni casi singolarmente importanti di anemie emolitiche costituzionali e di cirrosi epatiche splenomegaliche, ha portato un ottimo contributo anatomo-clinico alla migliore conoscenza di queste forme morbose.

« Ma sopratutto interessante è lo studio critico che egli fa delle diverse forme di splenomegalie e più ancora il tentativo di una loro sistemazione, in base ad una completa ed aggiornata conoscenza della materia, con spirito critico sereno, con molta obbiettività e con idee spesso originali e comunque sempre degne di considerazione, anche se non sempre tali da poter oggi essere universalmente accolte.

« Così Egli nega o quasi, e giustamente, la esistenza di splenomegalie strettamente primitive, ammettendo soltanto la esistenza di due sindromi spleniche clinicamente primitive e per certo non frequenti: la tubercolare e la sifilitica. Per cui distingue la quasi totalità delle splenomegalie in due grandi gruppi: le sistemiche, nelle quali la milza ammala, assumendo una parte più o meno preponderante nel quadro morboso, come organo facente parte di un sistema più complesso ed universalmente colpito; e le secondarie nelle quali la milza ammala, assumendo una parte più o meno preponderante nel quadro morboso, per cause note od ignote, ma primitivamente extra-spleniche.

« Così egli nega l'esistenza come entità morbose a sè stanti della malattia di Banti e delle cosidette splenomegalie tromboflebitiche. che considera invece, ed a ragione, come sindromi cliniche provvisorie, dipendenti da cause

svariate, la cui importanza andrà sempre più riducendosi col progredire delle nostre conoscenze etiopatogenetiche, come si è già verificato per il morbo di Banti, oggi pressochè scomparso, e come si sta già verificando per le splenomegalie tromboflebitiche.

« Il nostro Autore invece ammette, sia pure con riserva, la esistenza della cirrosi di Hanot, che però opportunamente considera come una rara forma di epatite cronica ipertrofica, ed infine riunisce in unico gruppo le cirrosi epatiche atrofiche ed ipertrofiche splenomegaliche, forse sopravalutando a questo riguardo i reperti anatomici, non sempre sicuri ed univoci, nei confronti del decorso e della figura clinica di queste forme morbose.

« Ma anche laddove non si può sempre convenire col Bufano, è giusto riconoscergli la serenità della critica, la obiettività dell'esposizione clinica e la precisione dei reperti anatomici; qualità questa ultima tanto più commendevole in chi, come il Bufano, avendo largamente mietuto e con successo nel campo della biochimica e della patologia del ricambio, ha affrontato, direi con uguale successo, problemi d'ordine prevalentemente anatomo clinico, tanto complessi e controversi come quelli riferentisi alla patologia delle splenomegalie.

« Ed anche per questo motivo ho accolto con piacere l'invito rivoltomi dall'amico Sen. Prof. Pende di presentare al pubblico medico questa bella monografia del Suo Aiuto, che viene ad arricchire i tanti e così importanti contributi della Scuola medica genovese, ed alla quale non può mancare il più largo successo ».

Milano, Ist. di Patologia Medica, sett. 1935.

DOMENICO CESA BIANCHI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

MAX VERSÉ. *Roentgenbefund und pathologisch-anatomischer Befund bei Lungenkrankeiten.* In due parti: testo; atlante. Otto Elsner ed. Berlino. Marchi 18.

Il lavoro di Elsner (Direttore dell'Istituto patologico di Marburgo) è una illustrazione di 54 casi di malattie polmonari varie il cui reperto anatomo-radiologico è illustrato nella II^a^ parte (atlante).

Così è possibile su un testo leggere la descrizione del caso e sull'altro confrontare le immagini in parte radiologiche (spesso prese nel vivente), in parte anatomopatologiche (fotografie discretamente chiare) e in parte radiogrammi di pezzi di polmone insufflati.

Il confronto critico come lo chiama l'A. appare di indubbia utilità nella interpretazione di certe immagini radiologiche.

E. MILANI.

ADOLF ZUPPINGER. *Die theoretiscnen Grundlagen und Moglichkeiten der Roentgendiagnostischen Weichteiluntersuchung.* Thieme, editore, pagine 99, 144 figure, 1935. Marchi 16.

Come supplemento ai Fortschritte der Roentgenstrahl. l'A. ha voluto col suo libro stabilire le norme fondamentali nell'esame radiologico delle parti molli: quando la differenza di assorbimento fra i vari tessuti è scarsa la ricerca, dal punto di vista fisico si può dire limitata dalle sue leggi mentre d'altra parte la ricerca di un aumento del contrasto viene a rappresentare un mezzo molto semplice (aria; sostanze pesanti) per ottenere dei risultati più positivi.

La materia è stata suddivisa in 4 capitoli che trattano dei fondamenti fisiologici, fisici e geometrici nella assunzione dei radiogrammi: l'ultimo capitolo descrive la tecnica generale nell'esame delle parti molli.

Col suo lavoro l'A. ha cercato di togliere di mezzo le regole empiriche che erano di guida nell'esame radiologico delle parti molli, dettando delle regole fisiologiche, fisico e geometriche della ricerca.

E. MILANI.

BOERGE FABER. *Roentgenbiologische Untersuchungen mit Gewebe Kulturen als Indikator.* Supplemento agli Acta Radiologica (Stoccolma edit. Levin e Munksgaard, Copenaghen). Corone svedesi 8.

Lo scopo del libro dell'A. (pagine 110) è stato quello usando culture di tessuti (fibroblasti) come teste biologico di studiare l'azione dei raggi roentgen in svariate condizioni.

Descritta la modalità di tecnica impiegata per ottenere la cultura, l'A. ha cercato di stabilire l'azione dei raggi sia in dipendenza della quantità, sia della qualità, sia in rapporto al fattore tempo (frazionando e protraendo l'irradiazione) sia in rapporto alla attività della cultura.

L'azione sulla cultura è proporzionale alla dose somministrata (capitolo 4) mentre (capitolo 5) l'A. conclude per la indipendenza dell'azione biologica in rapporto alla qualità dei raggi somministrati.

Il 6° capitolo è dedicato alla importanza del fattore tempo e il 7° capitolo alla attività delle cellule durante e dopo l'irradiazione.

Il libro dell'A. appare interessante perchè mediante un nuovo teste biologico è stato approfondito lo studio di alcune delle questioni più importanti in radiobiologia, questioni che sono ancora in gran parte in discussione.

E. MILANI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

F. RATHERY. *Le traitement de la fièvre typhoïde.* Vol. di pag. 54 (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles »). Edit. J. B. Baillière et Fils. Prezzo: fr. 8.

Durante la guerra europea l'A. — che era già stato interno di Chantemesse quando questi dirigeva un servizio di tifoidei — ebbe affidata la direzione di un ospedale riservato ai soli tifoidei, sulla frontiera belga; l'ospedale di Zuydcoote; egli ha potuto, così, col concorso di vari altri medici mobilitati, esaminare e curare oltre 5000 tifoidei. In tal modo ha acquistato una competenza forse unica, la quale si è ancora perfezionata e raffinata in seguito. Essa viene condensata in questo volumetto che si occupa della cura in genere, della cura profilattica, della cura di forme cliniche di varia gravità e delle complicazioni.

È interessante il sistema di alimentazione nella convalescenza adottata dall'A. La rialimentazione solida si incomincia con pochi grammi (5) di pasta alimentare « all'italiana » di formato sottile: via via si accrescono le quantità: tale pratica può essere oggi seguita generalmente mercè la somministrazione di pastina glutinata.

Da ultimo l'A. si occupa del problema dei portatori. B. M.

A. FERRANNINI. *Medicina italica.* II edizione. Un vol. in-8° di 295 pag. Edito a cura dell'Uff. di Stampa medica; Milano, via Vallazze, 39; L. 25.

Il libro che il prof. A. Ferrannini pubblica nella II edizione, con la collaborazione di un gruppo di eminenti personalità italiane, documenta sinteticamente quanto si deve attraverso i secoli alla medicina italiana. Ed al leggerlo si rimane maravigliati ed orgogliosi nel vedere quale grande contributo deve la scienza medica alle scoperte, alle ricerche ed alle vedute di italiani, che hanno anche spesso la priorità di scoperte erroneamente attribuite ad altri.

Ed è fin dai primi albori della civiltà che tale contributo si viene affermando, nella scuola medica della Bruzia, nelle opere igieniche di Roma, quando ancora tutto il resto dell'Europa si trovava in uno stato di barbarie; nelle istituzioni universitarie, nelle scoperte anatomiche e, giù giù nei secoli, fino ai giorni nostri. Tutto è qui elencato ed illustrato con precisa documentazione bibliografica; alla fine un efficace commento sintetico mette in luce i fatti più importanti.

Questo movimento di giuste rivendicazioni, iniziatosi nel dopo-guerra, è stato favorito e largamente aiutato dal prof. Prassitele Piccinini, che indisse un Concorso e preparò il I Convegno sull'argomento e che ora pubblica questo bel volume, che si vende a totale beneficio degli orfani dei medici caduti in guerra.

fil.

P. ALBANESE. *Vade-mecum odontoiatrico.* Un vol. in-8° di 191 pag. con 151 fig. A. Gorlini, Milano, 1935; L. 12.

La cura dei denti e della bocca viene assumendo sempre maggiore importanza, sia nell'intento di conservare in piena efficienza questi organi, sia perchè con le moderne teorie sulle infezioni focali, la bocca può costituire un punto di partenza di infezioni generali e di varie malattie organiche. Il medico generico non può quindi disinteressarsi della odontoiatria, di cui le cognizioni sono tanto più necessarie al medico condotto che deve saper prestare qualche soccorso nei casi di malattie dentarie e saper compiere a dovere anche l'*ultima ratio* dell'estrazione dentaria.

Ed appunto al medico generico e specialmente al medico condotto è dedicato questo libro del prof. Albanese, che espone in modo semplice e col sussidio di molte figure le principali nozioni di odontoiatria, incominciando con l'esame della bocca e seguitando con la carie dentaria, con la terapia conservativa, l'estrazione dentaria, il tartaro e la piorrea alveolare, la protesi, l'ortodontia, le fratture dei mascellari.

L'utile lavoro è presentato da una lusinghiera prefazione del prof. A. Ilvento.

fil.

☛ ***Pubblicazione di eccezionale interesse:***

Dott. NICOLA PARISE

Aiuto di Clinica Medica della R. Università di Napoli.

Clima e sindromi dei paesi caldi

Ne riportiamo l'Indice generale:

PARTE I. — CLIMA. - Introduzione. - Radiazione solare e temperatura. - Gli stati fisici dell'acqua nell'atmosfera. - La pressione atmosferica e i venti. - Elettricità atmosferica. - *Classifica dei climi e climi tropicali.*

PARTE II. — CLIMA E NOSOLOGIA DELLE NOSTRE COLONIE. - Introduzione. - *Le colonie dell'Africa Orientale.* - Eritrea. - Abissinia. - Somalia. - *Le colonie dell'Africa Mediterranea.* - Tripolitania. Cirenaica.

PARTE III. — FISIOPATOLOGIA DEI CLIMI CALDI. - Introduzione. - *Le reazioni dell'organismo al calore.* - Temperatura del corpo. - Apparato respiratorio. - Sistema circolatorio ed emopoiesi. - Ricambio energetico. - Apparato digerente e fegato. - Apparato uropoietico. - Sistema nervoso vegetativo e ghiandole endocrine. - Sistema nervoso della vita di relazione. - *Le sindromi morbose da calore.* - Sincope da calore. - Crampo da calore. - Edema da calore. - Febbricola termica. - Cacoforia tropicale. - *Influenza dei raggi luminosi sull'organismo.* - *La patologia delle radiazioni luminose.* - Sindromi fototraumatiche. - Colpo di sole. - Edema da sole. - Colpo di luce. - Fotofobia tropicale. - *Sindromi fotodinamiche.* - Pellagra umana.

PARTE IV. — ACCLIMATAZIONE. - Influenza dei fattori climatici sull'acclimatazione. - Igiene climatica. - Bibliografia. - Indice delle tavole e delle figure. - Indice generale.

Volume di 198 pagine, con illustrazioni in nero ed a colori. Prezzo L. **25,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **21,50** in porto franco.

Inviare vaglia all'editore Luigi Pozzi. Ufficio Postale succursale diciotto. Roma.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La sindrome ipotalamica.

Lhermitte (*II Congr. neurologico*, Londra 1935) comprende sotto tale nome i fenomeni che derivano dal tuber cinereum, dall'infundibolo e dall'ipotalamo, che sono stati spesso attribuiti finora a disturbi endocrini, specialmente ipofisari, l'origine dei quali va però ricercata in lesioni dei punti accennati e non in disturbi endocrini.

La sindrome ipotalamo-infundibolo-tuber cinereum ha i seguenti sintomi: diabete insipido, poliuria essenziale, la così detta polidipsia essenziale, disturbi del sonno, disturbi sessuali, lipodistrofia, adiposità diencefalica, cachessia ipofisaria, disturbi delle funzioni emopoietiche, epilessia diencefalica, e disturbi della regolazione calorica. Le malattie che possono indurre tale sindrome sono: sifilide, tubercolosi, encefalite, tumori, idrocefalo.

Schuster (*Ibidem*) ha studiato i fatti motori di tale sindrome. L'atassia non è costante ed ha rapporti con due fenomeni frequenti nei disturbi del talamo, cioè i tremori ed i movimenti coreo-atetosici: il primo è intenzionale a medie scosse o del tipo di tentennamento a grosse scosse; i secondi sono indipendenti dal movimento e si manifestano nel riposo. L'uno è da attribuirsi a lesioni rubrotalamiche i secondi ad interruzione delle connessioni talamostriate. Si ha inoltre la così detta mano talamica, diversa da quella emiplegica e che appare come un movimento atetosico « congelato »; si ha in 1/4 dei casi ed è accompagnata da movimenti coreo-atetosici. Molto meno spesso di quanto si crede è colpita l'innervazione del viso (mimica od affettiva). *fil.*

Lo stadio prodromico della paralisi infantile.

E. Wieland (*Jahrbuch Kinderheilk.*, vol. 143, n. 6) sulla base di 21 casi recenti di paralisi infantile, rileva che, accanto alla febbre iniziale ed ai fatti catarrali, si hanno come sintomi premonitori dei dolori generalizzati e debolezza muscolare, con contrazioni ed incapacità di camminare. Fra i fatti irritativi sensitivi, il più frequente ed il più notevole è il sintoma di Lasègue. La rigidità della nuca si ha soltanto come meningismo. Possono mancare anomalie dei riflessi e paralisi, mentre si osserva spesso la dolorabilità della schiena e della colonna vertebrale.

La letalità dei casi osservati fu del 12 %; 6 casi vennero trattati con siero antipoliomielitico o di convalescente, con risultati non univoci.

Contro i sintomi di senso, si mostrarono utili le alte dosi di piramidone.

fil.

Cura della meningite cerebro-spinale.

L'*ascesso da fissazione* lascia scettico Dopter (*Jour. des pract.*, n. 29, luglio 1935) che asserisce doversi la *chemioterapia* riservare ai casi in cui vale rischiare tutto per tutto, potendo essere pericoloso specie nelle forme molto purulente nelle quale lo choc sarà più grave.

La *sieroterapia* costituisce il trattamento più efficace.

La *vaccinoterapia* agisce assai lentamente (6-7 giorni) e si deve usare solo dopo il fallimento del siero, ed a qualche giorno di distanza da questo. (Sarebbe assai interessante a tale riguardo ricordare gli importanti studi di Pontano sull'uso del siero, vaccino e anatossina difterica e tetanica, da noi recensiti qualche numero fa. - N. d. R.).

Sieroterapia dunque; la *scelta del siero* deve divenire specifica basandosi sulla identificazione del tipo di meningococco in atto (A, B e CA), ogni specie rispondendo ad un solo siero.

La via di introduzione: deve essere prescelta la rachidiena ricordando che le meningi sono impermeabili dal fuori in dentro. Siccome però i meningococchi vivono anche nel sangue e possono dare focolai pericardici, polmonari, pleurici ecc. è bene associare le altre vie, intravenosa, endomuscolare ecc.

La *dose* deve essere di 25 cmc. per il bimbo, e almeno 40 cmc. per l'adulto; si devono fare sistematicamente le iniezioni per 5-6 giorni anche se vi è precoce miglioria.

La *precocità* dell'iniezione facilita la guarigione: la mortalità nei malati serizzati nei primi tre giorni è dell'8 %; sale al 70 % in quelli che ricevettero siero dopo il 5° giorno.

Alcuni Autori ricorrono alle trapanopunture ventricolari e dicono di avere ridotto al 12 % la mortalità. Dopter preferisce la via rachidiena e riserva la puntura intracranica ai casi in cui alla seconda puntura non si nota miglioramento del liquor. Se sopraggiungono segni di meningite sierosa si deve limitarsi a estrarre liquor senza più introdurre siero.

L. TONELLI.

I pericoli del trattamento degli encefalitici con atropina.

H. Siegmund (*Münch. med. Wochens.*, 1935, n. 12) ha osservato negli encefalitici notevoli disturbi del tono, della motilità e della funzione secretoria del tratto gastro-intestinale, che provocano talora anche il megasigma od il megacolon, formazione di ulceri stercorali e di ileo, che possono talora condurre a morte improvvisa.

Tale A. è convinto che tali reperti negli encefalitici non siano casuali, ma dovuti a disturbi provocati dall'atropina, che ostacola la fun-

zione del parasimpatico ed abbassa il tono di determinati segmenti intestinali. Egli, pertanto, sconsiglia il trattamento degli encefalitici con tale sostanza. *fil.*

La mialgia addominale ed i suoi rapporti con gli organi interni.

F. Klingler (*Münch. med. Wochens.*, 5 luglio 1935), osserva che la mialgia addominale è piuttosto rara, ma la sua diagnosi differenziale è molto importante perchè gli errori possono essere fatali.

La mialgia addominale appartiene ai quadri tipici di reumatismo muscolare e può, al pari di altre mialgie, avere origine professionale; per quanto non comune, non si deve dimenticarne la possibilità. Gli errori che si commettono più spesso sono quelli di considerarla come espressione di malattia di organi addominali; ma si sono fatte anche confusioni con colite, enterite, accessi di colica, gastralgia, cardiospasmo, colica renale od ureterale od epatica, angina pectoris, ecc.

L'A. riporta alcuni di questi casi, in cui si aveva come carattere comune, l'inizio della mialgia accompagnato da disturbi degli organi interni che, nel racconto del paziente prendevano il sopravvento.

Il modo d'inizio può rassomigliare a quello di una neuralgia. Non si tratta di una vera malattia muscolare, ma piuttosto di un disturbo permanente del tono, dovuto essenzialmente ad una tensione dei rispettivi territori muscolari durante il lavoro. Per i caratteri iniziali, la tendenza a diffondersi ed i disturbi riflessi, il quadro viene anche indicato come « neuromialgia ». Mancano di solito dei reperti neurologici.

Importanti sono nel quadro della mialgia i *sintomi indotti*, che simulano talora i quadri clinici più gravi ed ostinati: angina pectoris, palpitazioni, bronco- e cardiospasmo, malessere con vomiti, tremori, parestesie, ronzii di orecchio, sudori, ecc.

La mialgia delle parti basse si accompagna a sintomi intestinali, in quelle alte, a malessere, vomiti, cardiospasmo, se si estende ai pettorali, a palpitazioni e simula accessi di angina pectoris; le mialgie delle spalle dànno cefalee e ronzii di orecchi.

Il trattamento, oltre ad infiltrazione locale, consiste nell'applicazione del caldo e nel massaggio.

In complesso, quindi, si deve tener presente che la mialgia, nel territorio delle rispettive zone di Head, si manifesta come malattia degli organi che si trovano nella stessa zona; il complesso sintomatico talvolta apparentemente grave deve essere considerato come un processo riflesso che si svolge nella relativa zona di Head. *fil*

Le iniezioni subaracnoidee di alcool.

Le donne con carcinomi inoperabili dei genitali soffrono dolori spasmodici che i consueti calmanti riescono ad attutire per breve tempo. In questi casi, J. P. Grenhill e H. E. Schmitz (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 10 agosto 1935) hanno trovato molto utile il metodo proposto da A. M. Dogliotti dell'alcoolizzazione subaracnoidea delle radici posteriori al punto di emergenza dal midollo.

A tale scopo, con un consueto ago da puntura lombare si pratica questa (evitare gli anestetici) fino alla fuoriuscita del liquor: si inserisce allora una siringa da tubercolina e si iniettano cmc. 0,5 di alcool al 95 %, goccia a goccia in modo da impiegare circa due minuti. Si deve evitare di mescolare il liquor all'alcool, sia nella siringa, sia durante l'iniezione. L'alcool poi, per il suo stesso peso specifico di molto inferiore a quello del liquor, risale per circondare le radici posteriori.

L'altezza a cui va fatta la puntura dipende dalla sede dei dolori. Per l'esecuzione, la paziente viene collocata sul lato opposto a quello in cui il dolore è più forte. Mentre si fa l'iniezione, la paziente avverte un senso di intorpidimento delle gambe. È bene che dopo l'iniezione rimanga in riposo.

Gli AA. hanno praticata tale iniezione su 25 pazienti con risultati tanto soddisfacenti da far preferire tale metodo alla simpatectomia pelvica. Non si sono osservati inconvenienti.

fil.

DIAGNOSTICA.

La reazione di Takata e Ara nella diagnosi di attività della tubercolosi polmonare.

È nota l'importanza della diagnosi di attività della tubercolosi polmonare. La sintomatologia subiettiva ed obiettiva dei pazienti, che in ogni tempo ha fornito al clinico dati molto importanti di giudizio, non sempre è sufficiente a farci formulare una diagnosi certa di attività.

Anche le reazioni biologiche specifiche, come la reazione alla tubercolina, non consentono giudizi sicuri.

Varie altre reazioni sono state proposte e fra queste una delle più note è certamente quella di Takata e Ara.

P. Timpano (*Rivista di Pat. e Clin. della Tubercolosi*, Fasc. 8°, 1935) ha sperimentato tale reazione in 22 casi di tbc. polmonare ed in due periodi diversi per riconoscere lo stato di attività della malattia, confrontando i risultati con i dati forniti dall'esame clinico e radiologico, ed ha potuto concludere che la reazione di Takata rappresenta un buon mezzo diagnostico dell'attività del processo tubercolare dei polmoni.

Ulteriori prove sono tuttavia necessarie per confermare o meno, il reale valore del metodo.

G. LA CAVA.

TECNICA DI LABORATORIO.

L'isolamento del bacillo di Eberth dal sangue.

La diagnosi clinica di tifoide offre spesso difficoltà notevoli, sia per le forme atipiche sia specialmente all'inizio. Da ciò la necessità di praticare l'emocoltura, talvolta anche a periodo abbastanza avanzato, tenuto conto della tardività con cui spesso compare la sieroreazione. Non è poi infrequente avere la contemporanea positività sia dell'emocoltura che della sieroreazione.

In qualche caso, però, l'emocoltura riesce negativa. Ciò accade secondo G. Denes (*Diagnostica e tecnica di laboratorio*, maggio 1935) perchè i bacilli di Eberth si trovano in circolo nella fase R, è quindi necessario prolungare il tempo di osservazione, tenendo le colture a temperatura ambiente ed evitare i terreni con aggiunta di sostanze coloranti verso le quali il germe in fase R è meno resistente.

Nel caso che il sangue non sia stato raccolto in perfette condizioni di sterilità, l'A. consiglia di prelevare, dai tubi di agar che presentano le colture miste, il materiale che si isola poi in piastre, scegliendo in queste le colonie che appaiono più tipiche e trapiantandolo.

La semina del coagulo va fatta in bile.

fil.

MEDICINA LEGALE.

Il giudizio di pneumoconiosi grave.

La pneumoconiosi grave è una malattia professionale e si ritiene generalmente che si possa riconoscerla (dal punto di vista del diritto assicurativo) soltanto quando esistono determinate alterazioni, cioè quando la radiografia dimostra la presenza di ombre nodulari. Si parte quindi dalla convinzione che sia l'aumento del tessuto connettivo che subisce la retrazione cicatriziale a produrre i disturbi della respirazione. Ciò però secondo E. Beintker (*Die Med. Welt*, 21 settembre 1935) non è completamente esatto: vi sono infatti dei casi, e l'A. ne illustra uno, in cui i disturbi funzionali precedono l'instaurarsi di alterazioni polmonari di una certa entità. Non bisogna quindi esprimere giudizio di pneumoconiosi grave solo quando le alterazioni anatomiche, radiologicamente dimostrabili, hanno raggiunto un determinato grado, ma anche quando, pur non essendo le lesioni così accentuate, esistono gravi disturbi funzionali del respiro e del circolo.

M. NUNBERG.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sulla senescenza. La struttura delle paratiroidi nelle varie età.

Nell'età avanzata si stabiliscono gradatamente alcune alterazioni organiche collegate al metabolismo calcico: arteriosclerosi, osteoporosi, calcificazioni delle cartilagini ecc.; è quindi da chiedersi se l'organo regolatore dell'equilibrio calcico non presenti nella vecchiaia modificazioni strutturali quale espressione di una alterata funzione. È per questa ragione che G. Nizzi Nuti (*Archivio per le scienze mediche*, agosto 1935) ha intrapreso ricerche istologiche su paratiroidi di individui di varia età e specialmente di vecchi. Egli ha osservato che con l'avanzare degli anni si verifica una diminuzione progressiva delle cellule chiare cromofobe, le quali costituiscono quasi esclusivamente la glandola nell'età infantile e giovanile, in seguito alla loro trasformazione in vescicole adipose, mentre le cellule oxofile, rare nell'età giovanile, aumentano di numero, sì da rappresentare la prevalenza degli elementi cellulari nella tarda età. È giustificato il supporre che le cellule cromofobe nell'età avanzata, in quanto si caricano di grasso, perdano in gran parte delle loro proprietà specifiche, mentre si moltiplicano gli elementi oxofili che assumono nella senescenza una posizione predominante istologica e quindi anche probabilmente funzionale.

M. NUNBERG.

VARIA

Medicina e Società delle Nazioni.

L'organizzazione sanitaria di Ginevra, secondo quanto informa il *Brit. Med. Journ.* del 21 settembre 1935, ha riunito di quando in quando comitati di esperti che si sono occupati di problemi clinici, batteriologici, igienici; pubblica statistiche periodiche sulla prevalenza delle malattie epidemiche ed un annuario sanitario che raccoglie informazioni sulle condizioni sanitarie di molti paesi. Ma l'attività medica della Società sembra lontana dagli interessi ordinari della pratica professionale, piuttosto adatta per delegati ed impiegati che per coloro il cui lavoro è prevalentemente clinico. Quello che è stato indubbiamente acquisito è la consuetudine della cooperazione tra medici di diverse nazioni. Molto resta da fare prima che i membri dei comitati scientifici internazionali possano spogliarsi dalla convinzione che essi sono rappresentanti nazionali piuttosto che lavoratori intorno ad un compito comune. Un esperimento è in corso da una quindicina di anni: se la professione medica prenderà interesse in esso e per esso farà qualche sacrifizio, quest'esperimento avrà successo; fallirà invece se sarà abbandonato ad esperti ed impiegati medici, non perchè essi siano incompetenti, ma perchè sono pochi e specializzati.

M. NUNBERG.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

S. MARMO *Alcuni casi di tetano*. — Arti Grafiche « La Nuovissima », Napoli, 1935.

S. VACCHELLI. *Sesto rendiconto clinico Istituto Codivilla*. — Cortina d'Ampezzo, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Appello a tutti i medici d'Italia.

L'on. prof. Eugenio Morelli, segretario del Sindacato fascista medici, ha inviato ai medici d'Italia una circolare nella quale premette che tutti i medici debbono nel momento attuale considerarsi mobilitati. Ed è con queste appassionate parole che l'on. Morelli precisa ai medici quello che deve essere il loro compito:

« Noi medici, che siamo invocati laddove la sofferenza insorge, dobbiamo saper temprare l'animo di tutti gli italiani alla continuità del sacrificio insorgente nella vita comune; dobbiamo insegnare a sopportare con pazienza ogni privazione. Non dimentichiamo mai che spesso il piccolo, continuo sacrificio è più difficile del grande e che Colui che sapeva lanciarsi con slancio all'assalto, e che sapeva fare getto della propria vita senza lamento, spesso mal sopportava il continuo sacrificio della trincea».

Il medico italiano deve attendere a questa silente opera con lo stesso fervore, col quale si è valorosamente comportato nella grande guerra.

« Ditelo, colleghi, a tutti — prosegue l'on. Morelli — che alla stessa fame si può resistere, insegnate che con poco cibo si può vivere e che noi spesso sciupano il nutrimento; insegnate che lo sperpero è delitto di lesa Patria in questo momento. Gridate tutto ciò specialmente alle classi ricche non use alla sofferenza: su esse voi soli, con la persuasione e l'esempio, potete esercitare grande influenza.

La vittoria sarà nostra se sapremo resistere, e perciò noi medici dobbiamo far comprendere al popolo che alla guerra economica si deve rispondere con la guerra economica.

Le Nazioni che ci assediano, per privarci delle materie di massima necessità, non potranno poi pretendere di mandare a noi quanto è superfluo, valevole solo per impoverire sempre più l'Italia.

Non voglio ripetere a voi in questo momento che sarebbe gravemente colpevole il medico che ancora usasse medicamenti provenienti da Paesi che vogliono imporre a noi sanzioni economiche, perchè ciò è nell'animo di tutti voi e sarebbe troppo piccolo dovere da parte nostra: voglio invece dire a voi, che entrate ovunque tra ricchi e tra poveri, che è dover vostro costruire un ambiente tale per cui l'ostracismo alle merci dei Paesi che ci assediano debba essere sentito come imprescindibile dovere, come sentimento di amore verso l'Italia, come sentimento di odio verso i nemici.

Dobbiamo fare intendere agli umili e ai ricchi che la somma delle piccole spese talvolta inutili, moltiplicate per quarantaquattro milioni di Italiani, raggiunge una somma enorme « in oro » che va all'Estero e che potrebbe invece servire per comperare l'indispensabile al Paese.

Ricordiamo questo alle signore che plaudenti ai soldati che partono, con una incoscienza e una incoerenza incomprensibile, talvolta non si vergognano di comperare oggetti di lusso provenienti dall'Estero.

Quando, invocati per le loro sofferenze, attraversiamo le loro camere piene di ciprie, di belletti, di saponi, di oggetti di toletta provenienti dall'Estero, gridiamo loro che questo è un delitto contro la Patria e contro quei soldati che esse avevano applaudito. Gridiamo loro che non abbiamo il diritto oggi di comperare e ricomperare abiti provenienti dall'Estero e specialmente non possiamo regalare, attraverso le stoffe, oro a quel Paese di mercanti che oggi capeggia i nostri nemici.

Ai ricchi che ci chiedono consiglio sull'alimentazione, diciamo che in Italia ogni ottimo alimento si può trovare e che la tavola dell'Italiano deve essere imbadita solo con alimenti italiani: è vergognoso vederla fornita di biscotti, dolci, salse, mostarde, marmellate, formaggi, ecc., di origine esotica. È doloroso pensare che talvolta persino le profumate e invidiate frutta nostrane sono sostituite con frutta di altri Paesi, e che ai nostri prelibati vini e liquori sono preferiti vini spesso fatturati ma con nomi esotici. Se questa non lodevole esterofilia era ammissibile in tempi in cui gli scambi erano liberi, diventerebbe imperdonabile colpa in questi momenti in cui risparmiare e trattenere oro in Italia è grandissimo merito.

Convincete le donne, che tanto possono per il bene del Paese, convincete che sprecare danaro oggi è tradire la Patria e levare armi ai loro figli che combattono.

Le nostre nonne sacrificavano le notti a costruire filacce per medicare i soldati feriti; non si vergognino le nostre spose di rattoppare abiti perchè il consumo diminuisca. Quanto più umile sarà l'occupazione tanto maggiore sarà il merito. Se l'economia del Paese lo richiederà siano esse orgogliose di portare abiti vecchi già relegati nelle guardarobe e disistimino gli uomini che preferiscono la bellezza dell'abito alla forza dell'animo.

Quando avrete convinto le nobili donne italiane della bellezza del sacrificio, voi avrete costruito l'Italia tutta ».

La circolare ai medici così conclude il suo vibrante appello: « Medici d'Italia: il nostro motto fu "domani... se la Patria chiamerà...". Oggi l'Italia ci chiama e noi siamo presenti e pronti sia alla bellezza dell'assalto che all'oscuro eroismo della guerra economica.

Duce: il medico italiano attende ordini ».

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Per la riforma degli studi medici.

Abbiamo già dato una notizia schematica delle proposte avanzate dalla Commissione nominata dal Ministro dell'E. N., per la determinazione quantitativa e qualitativa degli insegnamenti fondamentali e complementari. Possiamo ora riportare notizie più complete sulla relazione presentata al Ministro.

La relazione premette che l'Università deve preparare il *medico generico*, il quale concilii un buon abito mentale scientifico con le necessità più comuni della pratica, salvo a perfezionarsi e specializzarsi in seguito. La relazione ravvisa grandi lacune nei medici che attualmente si abilitano all'esercizio: affrettata ed incompleta preparazione nella anatomia, nella fisiologia e nella biologia generale ed umana e nella tecnica dell'esame del malato, impreparazione ancora più grave nelle pratiche curative mediche e chirurgiche.

Le cause devono riportarsi a:

1) La licenza che ha lo studente di continuare nella iscrizione ai corsi fino agli ultimi anni, anche se non ha dato gli esami delle materie fondamentali e propedeutiche, mettendosi così nella condizione di non potere assolutamente profittare degli insegnamenti pratici;

2) L'ingombro dei primi anni di studio da parte di alcune delle scienze naturali, che hanno un riflesso meno diretto di altre nel campo medico, e che sottraggono un tempo prezioso alla profonda preparazione dello studente nell'anatomia, nella fisiologia e nella biologia generale;

3) L'affollamento degli ultimi anni da parte di numerose materie parziali e complementari, che costringendo alla frequenza ed agli esami, impediscono allo studente di passare la maggior parte del suo tempo ad apprendere il modo di esaminare e di curare gli ammalati;

4) La mancanza di un tirocinio pratico finale, continuativo, in istituti provvisti di un numero di ammalati sufficiente in rapporto al numero degli studenti laureandi.

In base a tali considerazioni, la Commissione si è trovata unanime nel dichiarare fondamentali tutte quelle discipline d'indole generale, che investono la conoscenza di tutto l'organismo sano o malato, e che rappresentano perciò i veri pilastri della cultura medica e devono essere intese come corpi di dottrina che nell'insegnamento pratico possono giovarsi ove è possibile anche di corsi integrativi dati per incarico. E dichiarare complementari le discipline parziali, che riflettono lo studio specializzato di un organo singolo o di un apparato, o di un ramo particolare d'una disciplina generale, e rappresentano quindi completamenti della cultura generale. Però la Commissione, riconoscendo che alcuni di tali discipline parziali sono indispensabili, entro limiti ridotti, per la preparazione del medico generico, e per le esigenze della pratica medica corrente, include alcune di tali discipline tra le materie fondamentali ed obbligatorie.

Ciò premesso, ecco l'elenco delle materie fondamentali proposte dalla Commissione pel primo biennio: 1) chimica con riguardo speciale alla medicina; 2) fisica con riguardo speciale alla medicina; 3) biologia generale con la genetica e la razziologia; 4) anatomia, embriologia ed istologia normale; 5) fisiologia umana.

La chimica, la fisica e la biologia della durata di un anno; l'anatomia e la fisiologia della durata di due anni. È obbligatorio l'esame nelle cinque materie del primo biennio per poter essere ammessi alla iscrizione delle materie successive del secondo biennio. La botanica per la parte che riguarda la medicina formerà oggetto d'insegnamento della farmacologia. La biologia generale con la genetica biologica e la razziologia è da ritenersi materia fondamentale, per la cultura medica, e forma la parte più essenziale da tal punto di vista della zoologia ed anatomia comparata, di cui viene a prendere il posto.

Pel secondo biennio: 6) patologia generale; 7) farmacologia e materia medica; 8) patologia speciale medica e metodologia clinica; 9) patologia speciale chirurgica e propedeutica chirurgica; 10) anatomia ed istologia patologica.

La patologia generale, le due patologie speciali con le propedeutiche, l'anatomia patologica sono biennali, la farmacologia e materia medica annuali.

Queste cinque materie fondamentali costituiscono un insieme inscindibile di cognizioni, da apprendersi in profondità nel secondo biennio, cosicchè lo studente possa presentarsi alle cliniche ben preparato a comprendere la genesi del fenomeno al letto del malato ed a saperlo rilevare. Occorre perciò superare questi cinque esami per essere iscritto nell'ultimo biennio.

Questo comprende: 11) clinica medica generale e terapia medica; 12) clinica chirurgica e terapia chirurgica; 13) clinica pediatrica; 14) clinica ginecologica-ostetrica; 15) igiene; 16) medicina legale e delle assicurazioni sociali; 17) clinica delle malattie nervose e mentali; 18) clinica dermosifilopatica; 19) clinica oculistica; 20) clinica otorinolaringoiatrica; 21) clinica odontoiatrica.

Le due cliniche generali avranno la durata di un biennio, e saranno completate da un tirocinio pratico continuativo di 6 mesi preferibilmente in grandi istituti ospedalieri.

I corsi di clinica pediatrica, di clinica ginecologica-ostetrica, come quelli d'igiene e di medicina legale e delle assicurazioni sociali avranno la durata di un anno.

Le cliniche dermosifilopatica, oculistica, delle malattie nervose e mentali, otorinolaringoiatrica e odontoiatrica, avranno la durata di 25 lezioni date in forma particolarmente dimostrativa.

La Commissione propone che il numero massimo di insegnamenti complementari che ogni Università può istituire nel suo statuto sia di 14, e cioè: 1) chimica biologica; 2) istologia ed embriologia generale; 3) microbiologia; 4) parassitologia; 5) psicologia sperimentale; 6) tisiologia; 7) clinica malattie tropicali; 8) ortopedia; 9) radiologia; 10) malattie infettive; 11) medicina del lavoro; 12) storia della medicina; 13) urologia; 14) anatomia chirurgica e corso di operazioni.

Il numero minimo di tali materie complementari che lo studente deve scegliere per l'esame obbligatorio ai fini del conseguimento del diploma di laurea è di tre.

La Commissione propone che per tutti i corsi complementari scelti dallo studente e per le cliniche oculistica, dermosifilopatica, neuropsichiatrica, otorinolaringoiatrica e odontoiatrica sia prescritta la durata di 25 lezioni, ed una forma essenzialmente dimostrativa. E ciò perchè lo studente abbia nell'ultimo biennio maggior tempo da dedicare alle cliniche generali medica e chirurgica ed al tirocinio pratico.

In tal modo gli esami obbligatori per il conseguimento del diploma di laurea in medicina e chirurgia sono 24 complessivamente, di cui 21 fondamentali e 3 complementari.

La Commissione chiudendo i suoi lavori ha creduto doveroso di sottolineare che « materia complementare » non vuole affatto dire « materia di secondaria importanza ». Infatti siccome la finalità dell'istituto universitario è non solo la preparazione all'esercizio professionale ma anche il progresso della scienza, la Commissione segnala la necessità che tutti i vari insegnamenti istituiti compresi quelli della categoria delle discipline complementari continuino la loro vita e la loro funzione e debbano essere sorretti e potenziati.

I candidati alla libera docenza mobilitati nell'Africa Orientale.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha, con recente decreto, disposto che ai candidati alla libera docenza in servizio presso i reparti mobilitati dell'Africa Orientale si possa conferire l'abilitazione cui aspirano, dispensandoli dalle prove orali, compresa la conferenza sui titoli, qualora le rispettive Commissioni giudicatrici, in base alla valutazione dei titoli concernenti l'attività scientifica ed, eventualmente, quella didattica, ritengano accertata la maturità scientifica dei candidati stessi e la loro attitudine all'insegnamento presso le Università e gli Istituti superiori.

Per i candidati i quali, secondo l'avviso della Commissione, non abbiano titoli sufficienti per l'abilitazione cui aspirano, il giudizio sarà sospeso fino a quando i detti candidati non siano in grado di presentarsi a sostenere le prove ad integrazione dei titoli presentati.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato provinciale medico di Milano.

A Milano, nella sede di piazza Duomo 20, ha avuto luogo l'annuale assemblea del Sindacato provinciale medico fascista per l'approvazione del bilancio preventivo 1936-XIV.

All'inizio della seduta il segretario prof. Baslini, ha inviato a nome di tutti i medici milanesi il più cordiale e fraterno saluto ai colleghi che hanno l'orgoglio di offrire la loro opera ai gloriosi soldati dell'Italia fascista in terra d'Africa, impegnando fin d'ora tutto il Direttorio ad assistere in ogni modo e col maggior entusiasmo i colleghi reduci quando torneranno alla vita professionale civile.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Denunzie dei tossicomani.

L'art. 156 del Testo Unico delle Leggi sanitarie, che riproduce la norma dell'art. 153 del Testo Unico delle Leggi di pubblica sicurezza, prescrive che le persone affette da intossicazioni per stupefacenti devono essere denunziate all'autorità di P. S.

L'obbligo della denuncia incombe al sanitario, libero esercente o direttore di ospedali, ambulatori, istituti di cura in genere, e si concreta nel momento in cui l'intossicato è visitato, assistito o ricoverato.

È stata richiamata l'attenzione dei Sindacati sulla citata norma di legge e sulle sanzioni previste a carico dei contravventori le quali, specialmente in caso di recidiva, sono di particolare gravità.

È necessario, intanto, procedere ad una indagine per il decorso anno, sulla psicosi tossica da stupefacenti; e ciò anche per valutarne la effettiva entità. E, considerato che la norma di cui all'art. 156 del Testo unico delle Leggi sanitarie è entrata in vigore nella seconda metà del 1934, i medici sono invitati a fornire i seguenti dati per ciascun tossicomane:

a) sesso, stato civile, età, professione e residenza;

b) natura della psicosi tossica (se da morfina, da diacetilmorfina, da cocaina, da canape indiana ecc.);

c) recidività;

d) luogo di cura e periodo di degenza effettivo o presunto.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Nardò (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Concorso, per titoli, al posto di Primario Chirurgo. La scadenza è prorogata fino al 10 dicembre 1935. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Nardò.

Nocera Umbra (*Perugia*). — Il Comune cerca Medico Chirurgo interinale condotta vacante. Chiedere informazioni alla Segreteria Comunale.

Roma. *Ministero degli Esteri.* — La Missione cattolica italiana di Changsha (Cina) richiede, pel tramite del R. Consolato di Hankow, un medico italiano. Impegno triennale, rinnovabile con consenso reciproco. Condizioni finanziarie: dollari messicani 300 primo anno (pari lire it. 1300 circa) e 200 secondo e terzo anno (pari Lit. 900 circa). Tale stipendio fisso ha valore di incoraggiamento pel periodo iniziale perchè in seguito la clientela redditizia non sarà rappresentata dall'ambiente missionario, ma dall'ambiente indigeno che, nel frattempo, avrà appreso a conoscere e ad apprezzare l'opera del medico italiano.

Per le offerte e richieste di ulteriori informazioni indirizzare al Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale degli Italiani all'Estero, Roma.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla cattedra d'igiene della R. Università di Roma è stato nominato, quale successore del sen. prof. Giuseppe Sanarelli, S. E. il prof. Dante De Blasi, accademico d'Italia, che era titolare della stessa cattedra a Napoli. Si tratta di un autentico acquisto fatto dall'Ateneo Romano, poichè il De Blasi, immunologo e batteriologo di fama mondiale, igienista di cultura impareggiabile, carattere integerrimo, è uno degli scienziati di maggior valore che vanti l'Italia fascista.

Purtroppo abbiamo appreso, poco dopo questa nomina, la sciagura da cui è stato colpito l'illustre studioso e di cui parliamo in altra parte del giornale; egli la sopporta con animo d'Italiano, forte della stessa passione che animava il Figlio adorato.

Il prof. grand'uff. Sante Solieri è stato nominato di *motu proprio* di S. M. il Re cavaliere dei Santi Maurizio e Lazzaro in riconoscimento degli alti meriti scientifici e del servizio prestato all'Ospedale Morgagni di Forlì per ben 25 anni. All'illustre chirurgo esprimiamo il nostro cordiale compiacimento.

Hanno conseguito la libera docenza i dottori: Giuseppe Scollo in clinica chirurgica e medicina operatoria; Giovanni Selvaggi (nipote dell'insigne nostro collaboratore per la parte legale) e Bruno Paggi in patologia chirurgica. Ai tre amici, che preferiscono sempre « Il Policlinico » per i loro pregevoli contributi scientifici, i nostri rallegramenti vivissimi.

Il dott. Jean Schwetz è incaricato del corso e del laboratorio di parassitologia tropicale all'Università di Bruxelles.

Mentore legislativo, per tutti i Sanitari Italiani

Nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie

con **NOTE** e **COMMENTO** di

CARAPELLE On. Dr. ARISTIDE, Consigliere di Stato

e

JANNITTI PIROMALLO Dr. Prof. ALFREDO,

Consigliere di Cassazione.

Il **COMMENTO** che offriamo noi, ha un carattere **eminentemente pratico** ed è una **Guida veramente sicura** per la CONOSCENZA E L'APPLICAZIONE DELLE LEGGI SANITARIE con opportuni richiami alla Giurisprudenza e con la spiegazione delle modificazioni introdotte nella Legge stessa.

La nostra Casa Editrice che, con le speciali rubriche del « POLICLINICO » e soprattutto con l'altro proprio Periodico specializzato « Il Diritto Pubblico Sanitario », ha acquistato da tempo l'esperienza delle particolari esigenze dei **Medici** e degli **Amministrativi** in *materia sanitaria*, è venuta così incontro a questi, offrendo loro siffatta pubblicazione **realmente indispensabile**, la quale, per la profonda competenza dei due illustri autori, che hanno saputo imprimervi un carattere di grande praticità, **non deve esser confusa con altre pubblicazioni congeneri,** da altri annunziate **prive dei nomi degli autori del Commento, senza, cioè, l'elemento più importante.**

Volume in formato tascabile, di pagg. XII-720, in nitidissimi caratteri corpo 8 e corpo 6, stampato su carta tipo « India-Oxford », ed artisticamente rilegato in tela. Prezzo L. **45,** più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al « Policlinico », o a qualsiasi delle altre nostre 4 Riviste, sole L. **35** in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI - Ufficio Postale Succursale diciotto - ROMA.

NOTIZIE DIVERSE

Per l'Africa Orientale Italiana.

Servizio medico sulle navi mercantili dirette all'A. O.

Com'è noto, un provvedimento legislativo consente che sulle navi mercantili dirette a porti dell'Africa Orientale possano essere imbarcati, in qualità di medici di bordo, anche i medici non forniti della speciale autorizzazione prevista dal R. D. 29 novembre 1925, n. 2288, e concessa dal Ministero dell'Interno solo ai medici che abbiano sostenuto con esito favorevole speciali esami di idoneità.

I medici i quali desiderino fruire delle agevolazioni su accennate e compiere viaggi in qualità di medico di bordo delle navi mercantili dirette all'Africa Orientale, sono pregati di rivolgersi per informazioni alla sede della Società « Italia » (Flotte riunite) in Genova.

La partenza dell'on. Paolucci per l'Africa Orientale

L'on. Raffaello Paolucci, medaglia d'oro e vice presidente della Camera dei Deputati, è partito per l'Africa Orientale a capo di un reparto chirurgico di cui fanno parte diciannove ufficiali medici, tutti volontari, e soldati di sanità.

Alla stazione di Termini, in Roma, erano a salutare l'on. Paolucci numerose personalità della politica e della scienza medica. Il generale Franchi, direttore della Sanità militare, ha pronunciato alcune parole di saluto all'indirizzo del partente e dei suoi compagni, ed ha concluso con il saluto al Re e al Duce a cui hanno risposto tutti i presenti.

Il direttore generale della Sanità Pubblica, prof. Petragnani, ha pronunciato a sua volta parole di caloroso e cameratesco saluto all'indirizzo dell'on. Paolucci, al quale ha consegnato un bellissimo pugnale offerto dalla Federazione della lotta contro la tubercolosi.

Partenza per l'A. O. di un reparto di Sanità.

Sono partiti da Milano, avviati verso l'Africa Orientale, 14 ufficiali medici e 114 militari di Sanità.

Alla Stazione Centrale erano convenute a salutare i partenti numerose autorità militari e civili, nonchè molte rappresentanze di associazioni patriottiche e combattentiste.

Un particolare saluto ai militari partenti è stato recato dal colonnello Surdi, direttore dei servizi sanitari del Corpo d'Armata, e dal tenente colonnello Gianusso, direttore dell'Ospedale Militare di Baggio.

L'offerta di un cittadino belga per la Croce Rossa Italiana.

Il Segretario del Fascio di Monza ha rimesso al locale sottocomitato della Croce Rossa Italiana la somma di lire mille, inviatagli dal commerciante belga, sig. Jean Hansen, di Verviers, che da parecchi anni trovasi in relazione d'affari con un noto Cappellificio di Monza.

La generosa offerta era accompagnata da una lettera nella quale il belga fra l'altro dice: « Plaudo di cuore al successo delle armi italiane e formulo i migliori voti perchè tale successo sia completo ».

I congressi medici di Bologna.

Abbiamo già dato notizia dell'inaugurazione del Congresso della Società di ostetricia e ginecologia, avvenuta la mattina del 12 corr., nonchè della prima seduta di lavori. Nei due giorni successivi furono trattati i temi di relazione: « Sulla necessità di una migliore assistenza ostetrica » (prof. Montuoro, di Milano); « La profilassi e diagnosi precoce del cancro genitale femminile » (prof. Bertino, di Padova) e fatte numerosissime comunicazioni, che si chiusero in una seduta del congresso a Salsomaggiore.

Il prof. Romain, di Parigi, dopo una sua comunicazione, inviò un saluto di omaggio ai nostri soldati, che in Africa combattono per la civiltà a nome delle genti latine, unite non soltanto da vincoli sentimentali, ma da ragioni di sangue, cementate durante la guerra mondiale. Le parole dell'illustre ospite riscossero una prolungata ovazione da tutti i congressisti.

In esito alla relazione Scagliosi, il congresso ha approvato un ordine del giorno, con il quale la Società italiana di ostetricia e ginecologia, riconosciuta la necessità che l'educazione sportiva muliebre sia bene indirizzata, fa voti che la Associazione nazionale medici sportivi voglia disporre per l'istituzione di una consulenza ginecologica, affidata a personale specializzato.

A conclusione della discussione sulla relazione Bertino, il congresso ha approvato un ordine del giorno in cui fa voti che lo studio dell'ostetricia e della ginecologia sia intensificato, e che le Cliniche e le Scuole di ostetricia siano dotate del materiale necessario per addestrate gli allievi medici e le allieve levatrici alla profilassi e diagnosi precoce del cancro; inoltre, che sia resa obbligatoria la visita ginecologica in forma periodica alle iscritte alle casse di assicurazione, e che nei casi suscettibili di cura, si provveda tosto al ricovero e al relativo trattamento curativo delle pazienti, sia chirurgico che attinico, in Istituti provvisti di mezzi adeguati.

Il Congresso della Società italiana di pediatria si è svolto nei giorni 17 e 18. All'inaugurazione, presenti le autorità cittadine, il presidente prof. Pincherle, dopo un saluto agli intervenuti, ha messo in rilievo l'importanza sociale della specialità. Vivo interesse ha destato la relazione del prof. Allaria, riguardante il tema: « Il compito del pediatra nell'ambito della attività demografica del Regime »; fu ampiamente discussa. Numerose le comunicazioni.

Prima di chiudere i lavori, i partecipanti hanno compiuto un rito di omaggio alla terra del Duce: una comitiva numerosa, recatasi a Predappio, ha visitato la Casa comunale, la tomba dei Genitori e la casa natale del Duce, al quale venne poi inviato, tra le ovazioni, il seguente telegramma:

« I pediatri del convegno di Bologna, riuniti a Predappio, rivolgono il devoto pensiero al Duce, strenuo animatore delle loro idealità demografiche, per sua opera in piena realizzazione ».

Alla seduta di chiusura, ultimati i lavori, parlarono il prof. Pincherle e il prof. Fiore.

Il 20 ottobre, alla presenza delle principali autorità cittadine e di cultori della specialità, si è inaugurato il congresso nazionale di oto-rino-laringologia.

Mentre si stampa questo numero, hanno principio i due congressi più importanti della serie: quello di medicina interna e quello di chirurgia.

Al Congresso chirurgico di Innsbruck.

Ha avuto luogo in Innsbruck un Congresso di chirurgia, al quale hanno partecipato non solo personalità dell'Austria, ma anche della Germania, Svizzera, Jugoslavia ecc. L'Italia, per incarico della Presidenza della Società italiana di chirurgia, era rappresentata dal prof. Catterina dell'Università di Genova.

Come aveva fatto al Consiglio chirurgico di Berlino per l'operazione di Bassini, così anche in questo Congresso il prof. Catterina rivendicò a chirurghi italiani sei loro scoperte nel vasto campo delle resezioni articolari, scoperte dimenticate completamente non solo all'estero, ma perfino in Italia, dovute ad Enrico Albanese (che fu chirurgo di Garibaldi). Larghi, Caselli, Durante, Bassini e Putti.

Il prof. Catterina richiamò l'attenzione dei colleghi anche sulle sue due resezioni del polso e della spalla. Fu attentamento seguito.

Altri congressi.

Il 12 ottobre fu solennemente inaugurata a Palermo, dal ministro De Vecchi, la 24ª riunione della Società italiana per il progresso delle scienze, presente il Principe di Piemonte, fatto segno a festose accoglienze. I discorsi del presidente della Società e del presidente del Comitato ebbero accenni patriottici al momento storico attuale e furono caldamente applauditi.

Furono trattati varî temi interessanti la biologia e la medicina.

I soci stranieri, convenuti a Palermo in numero di 150, appartenenti a 12 Nazioni, hanno espresso devozione e incondizionata solidarietà al Duce.

Nella seduta di chiusura, sono stati conferiti i premi del Littorio assegnati dalla benevolenza dell'on. Mussolini ai giovani esordienti nella ricerca scientifica.

L'assemblea ha espresso al Duce sentimenti di grata devozione.

Tra le comunicazioni fatte al 6° Congresso nazionale di medicina legale, del quale ci siamo già occupati, registriamo le seguenti: « Simulazione della demenza e pseudo-demenza » (proff. Corberi e Beduschi », « Malaria e infortunio » (dott. Galassi). Si è deciso di tenere il venturo congresso a Napoli.

Come abbiamo annunziato, il 44° Congresso della Società francese di chirurgia si è tenuto a Parigi, dal 7 al 12 ottobre, sotto la presidenza del prof. Michel di Nancy. La cerimonia inaugurale assunse la consueta solennità; era presente il ministro Louis Marin. Numerosi gl'intervenuti dall'Estero, che hanno conferito alla grandiosa riunione un carattere eminentemente internazionale; dell'Italia sono stati segnalati i proff. Alessandri e Giordano.

Parallelamente, si è svolta la 35ª sessione dell'Associazione francese di urologia, sotto la presidenza del prof. Thévenot, di Lione; malgrado la contemporaneità dell'altro congresso, i lavori sono stati molto attivi.

L'Associazione per la documentazione fotografica e cinematografica nelle scienze, ha tenuto il suo 3° Congresso a Parigi, dal 4 all'11 ottobre, e già ne ha pubblicato il resoconto (un vol. di pp. 96, editore Maloine). Tra le cinematografie presentate segnaliamo quelle dei proff. Alessandri (Roma) e Rosselli (Milano).

La Reale Società Italiana di Igiene indice per i giorni 11 e 12 gennaio p. v. un Convegno Lombardo per lo studio della casa popolare ed economica in Lombardia nei suoi varî aspetti igienico-sociali. Il Capo del Governo ha voluto far pervenire alla Società la sua alta approvazione. Si invitano gli interessati a dare la loro adesione al Comitato Esecutivo, che ha sede in via Statuto 5, Milano.

L'8° Congresso internazionale di medicina e farmacia coloniali si tenne a Bruxelles dal 27 giugno al 3 luglio; alla seduta inaugurale erano presenti 120 delegati ufficiali, rappresentanti 35 Nazioni, tra cui per la prima volta la Germania; era presente il ministro belga della difesa nazionale. Tra i relatori era il ten. col. Bassi per l'Italia. Il prossimo congresso si terrà nel 1937 a Bucarest.

Dal 30 settembre al 2 ottobre si è tenuto a Belgrado il Congresso annuale della Società medica jugoslava, che raggruppa tutte le Società mediche del Regno.

Il 24° Congresso ginecologico tedesco si tiene a Monaco dal 23 al 26 ottobre. Temi: Sterilità; Risultati della sterilizzazione eugenica; Climoterapia, balneoterapia ed elioterapia; Fegato e gestazione.

L'Associazione del corpo insegnante delle Facoltà di medicina e di farmacia della Francia si è riunita a Parigi il 5 ottobre, sotto la presidenza del prof. Baudoin. Si è discusso in specie il problema del cumulo delle cariche pubbliche e pubblico-private e si è riconosciuto che, per certe attività, deve ammettersi. L'Associazione è aderente alla Federazione internazionale, che terrà il 3° Congresso a Heidelberg nel luglio 1936.

La Mostra del libro antico di medicina.

Alla presenza delle principali autorità, di numerose personalità mediche e scientifiche, è stata solennemente inaugurata il 12 corr. a Bologna la Mostra del libro antico di medicina, Mostra che forma una delle maggiori attrattive fra le superbe iniziative organizzate in margine ai Congressi medici. Ha pronunciato il discorso inaugurale il prof. Sorbelli, direttore della Biblioteca comunale di Bologna e principale ordinatore della Mostra, preparata nella stupenda sala dello « Stabat Mater » all'Archiginnasio. Essa raccoglie importanti opere di medicina, fino al grande Malpighi, e cioè fino a tutto il secolo XVI.

Degno di nota ed interessante per la sua antichità, è il Codice detto Dioscoride, del secolo XIII, celebrato da Dante anche per la magnifica ornamentazione di miniature di Franco Bolognese. Pure pregevole è la raccolta di libri stampati dal periodo degli incunaboli in avanti.

Il nuovo Ospedale per le malattie infettive a Roma.

Tra le opere edilizie che vengono inaugurate in Roma all'inizio dell'anno XIV dell'E. F., il nuovo ospedale per le malattie infettive è, indubbiamente, la realizzazione più importante.

Con esso sparisce il vecchio e inadeguato ospedale di Santa Sabina, noto col nome di « Lazzaretto ».

Il nuovo ospedale sorge sulla via Portuense, in una vasta area, di circa 13,4 ettari, presso l'Ospedale della Vittoria; è sufficientemente lontano dall'abitato, ma facilmente accessibile. I servizi generali sono completamente separati dai reparti infetti; comprendono la direzione, l'amministrazione, i laboratori, la farmacia, gli alloggi, la cappella, la cucina, i magazzini, la centrale termica, la disinfezione, la lavanderia (in due reparti, di cui uno « puro »), un salone per i congressi, il padiglione di accettazione, i bagni per i malati guariti, uno stabulario ecc.

I reparti « infetti », separati dai servizi generali mediante un compartimento stagno di disinfezione e con altro ingresso, comprendono la casa dei contumaci, che quando sarà completa consterà di tre padiglioni capaci di 130 letti ciascuno, aumentabili fino a 200; un padiglione di osservazione, con due sezioni, maschile e femminile, divise ciascuna in quattro reparti, per diverse malattie; 5 padiglioni per malattie infettive comuni, dei quali uno per abbienti; i padiglioni per malattie infettive gravi, isolati dal resto dell'ospedale col solito compartimento stagno.

Il nuovo Ospedale è un'opera degna di Roma e della civiltà fascista.

Tubercolosario per il clero italiano.

La Federazione tra le Associazioni del clero italiano ha acquistato a Vigne d'Arco la grandiosa Villa Angerer, che sarà destinata alla creazione in Italia di un sanatorio per il clero. Fino ad oggi il clero italiano colpito da malattie polmonari non aveva una casa di cura propria ed era costretto a sollecitare l'ammissione nei tubercolosari e sanatori comuni, dove spesso veniva obbligato ad una promiscuità di vita non rispondente al carattere sacerdotale.

In Francia il clero possiede da anni un ben attrezzato sanatorio proprio, che ha sede a Thorène.

Costruzioni sanatoriali in provincia di Agrigento.

Il Consorzio Provinciale Antitubercolare di Agrigento, riunito in seduta straordinaria, ha approvato il progetto definitivo del Sanatorio antitubercolare che dovrà sorgere in quella città. Avrà una efficienza di 102 posti-letto, che si ritengono sufficienti alle necessità ed al fabbisogno della Provincia.

Oltre a tutti i moderni servizi ed impianti di accertamento diagnostico, clinico e radiologico, sarà anche dotato di un piccolo ma completo reparto chirurgico per le operazioni e la cura delle malattie chirurgiche tubercolari e ciò è in riconoscimento anche dell'importanza sanitaria e sociale delle forme aperte della tubercolosi chirurgica.

Nella stessa seduta straordinaria del Consorzio venne anche deliberata la costruzione di un moderno Dispensario provinciale antitubercolare nel capoluogo.

Un po' dovunque.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale ha indetto la sessione degli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, nelle RR. Università di Bari, Genova, Messina, Milano, Modena, Napoli, Padova, Pisa, Roma e Sassari.

Sotto gli auspicî del Segretario del Partito e alla presenza del Sottosegretario alle Corporazioni, è stato stipulato un accordo interconfederale, interessante i lavoratori dell'agricoltura e riguardante la costituzione di nuove Casse Mutue in 35 Province.

Il 10 ottobre i membri della « Federazione nazionale dei medici del fronte » della Francia si sono recati all'Arco di Trionfo e hanno reso omaggio alla tomba del Milite Ignoto.

Un centro di ricerche scientifiche è stato istituito a Salsomaggiore dal Ministero delle Finanze, su proposta della Presidenza del Comitato di Consulenza (proff. Zoja ed Alfieri) e del Consulente sen. prof. Pende. Questa recentissima organizzazione di studi termali è imperniata sulle RR. Cliniche Mediche Generali di Milano e Genova e sulla R. Clinica Ginecologica di Milano; avrà modo di studiare con tutte le garanzie che tali Cliniche offrono, l'azione delle acque di Salsomaggiore nelle forme mediche ed in quelle ginecologiche in generale, la loro influenza sui varî organi interni ed in modo particolare sulle glandole a secrezione interna. Costituisce il primo nucleo ufficiale di un Centro di istruzione ed educazione idrologica per i medici quale è quello auspicato da alte autorità scientifiche, capeggiate da S. E. Rondoni.

È stato inaugurato a Buenos Aires, nell'Ospedale Rawson, il 18 settembre, un Servizio sociale di aiuto ai cardiaci; alla cerimonia assistevano numerose personalità mediche e il direttore dell'Assistenza Pubblica, dott. Obarrio, che pronunziò un breve discorso e insediò alla direzione del servizio il dott. T. Martini. Parlò poi il dott. A. Bullrich, che già dirige un servizio congenere all'Ospedale Ramos Mejía; infine il dott. Martini espose il funzionamento e l'utilità di questi nuovi dispensarî specializzati.

« La medicina nell'arte e nella storia », a cura del prof. M. Mastrorilli di Napoli, sarà un volume pubblicato dalla Società Editrice Vittoria di Milano (via Archimede 81); consterà di 400 pagine e sarà adorno di 700 illustrazioni e 20 tavole fuori testo; verrà posto in vendita, rilegato in pelle, al prezzo di L. 300 (ridotte a L. 225 per i sottoscrittori durante la stampa).

L'importante rivista medica spagnola « El Siglo Médico » ha destinato al 10° Congresso internazionale di storia della medicina due numeri speciali; recano la data del 27 luglio e del 5 ottobre; sono ricchi di articoli e copiosamente illustrati (non difettano riuscitissime caricature). Sede: Serrano 58, Madrid.

Il Governo russo, d'intesa con la Lega internazionale contro il reumatismo, ha stabilito due premi di 1000 rubli ciascuno (1283 fiorini olandesi) per ricerche e per la lotta nel campo del reumatismo. Gli studi, compiuti durante gli ultimi 10 anni su argomenti clinico-scientifici o medico-sociali, dovranno essere indirizzati prima del 15 novembre, in 4 esemplari, in francese, inglese o tedesco, al segretario della Lega, Dr. J. van Breemen, Keizergracht 489, Amsterdam, Olanda; o in russo, al prof. M. Kontchalovsky, B. Moltchanoska 69, Mosca, U. R. S. S. (Deploriamo l'esclusione della lingua italiana).

L'Ufficio di Sanità Pubblica della Polonia elabora un progetto di legge sulla sterilizzazione, secondo le direttive tracciate dalla Società di eugenica.

Il Governo della Norvegia ha messo in vendita un francobollo a benefizio dell'Istituto norvegese del radium. Ha un valore di affrancamento di 10 öre, ma un valore effettivo del doppio: la differenza sarà devoluta all'Istituto.

Il Comitato della Società internazionale di chirurgia ortopedica, adunatosi a Bruxelles, ha eletto presidente della Società il prof. Ombrédanne di Parigi, in sostituzione del prof. Murk-Jansen di Leida. Il prossimo congresso si terrà dal 21 al 25 settembre 1936 a Bologna ed a Roma.

Il corrispondente da Addis Abeba dell'« Exchange Telegraph » annunzia che una delle poche unità della Croce Rossa esistenti in Etiopia ha dovuto lavorare febbrilmente a Addis Abeba, per curare i feriti di una furiosa battaglia avvenuta tra i guerrieri, ora accampati sulle colline intorno alla città. Era stata somministrata loro una speciale razione di birra, si era battuto il tamburo di guerra, si erano indette danze frenetiche per fomentarne gli ardori contro l'Italia. Spade, sciabole e fucili vennero branditi, non contro gli Italiani, ma in una lite dei guerrieri fra loro. Cinquanta uomini sono rimasti feriti.

Il dott. Gurszky, medico capo in una clinica privata di Budapest, nel lavarsi le mani per un intervento operativo si ferì un dito con lo spazzolino; poi procedette all'incisione di un flemmone in un bambino, evidentemente senza far uso dei guanti: attraverso la piccola ferita si è determinata una setticemia, ad esito letale.

Nel fasc. scorso, p. 2080, 2ª col., l. 11, leggere: prof. Lionello De Lisi.

È morto a 63 anni il prof. CARLO STERNBERG, titolare di anatomia patologica a Vienna, noto per i suoi studi sul linfogranuloma maligno (lo speciale tessuto di questa malattia reca il suo nome), su altre malattie del sistema linfatico e sul cancro. Molta diffusione ha avuto il suo « Trattato di patologia generale e di anatomia patologica ».

Il figlio del prof. Dante De Blasi, Giorgio, di 22 anni, studente al 5° anno di medicina, sottotenente di complemento nell'aviazione, ha perduto la vita il 14 ottobre, in un volo di ricognizione effettuato presso Sabaudia. Era appassionatissimo dell'aviazione, di rara audacia e perizia; il destino non ha voluto che si avverasse il suo sogno di gloria, ma gli ha consentito di dare la vita alla Patria.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Acta Med. Scand., V. — E. Jacobsen. Accumulo di acido ascorbico nell'intestino. — E. Kylin. Secrezioni dell'ipofisi.

Diagnostica e Tecn. di Labor., 25 mar. — D. Trapani. Cromoscopia gastrica col rosso neutro. — G. Bassi. L'indice Greppi nella polmonite ed in varie affezioni epatiche.

Accad. Med., mag. — Numero sulle onde corte.

Minerva Med., 9 giu. — T. Pontano. Si può associare l'immunità passiva serica con l'immunità attiva antitossica?

Revue Neurol., mag. — J. Tas. Epilessia riflessa. — M. Monnier. La pupilla come rivelatore di correlazioni funzionali. — J. S. Rabinovich. Riflessi addominali perturbatori.

Presse Méd., 12 giu. — P. Alglave. Trattamento delle varici. — Esbé e al. Pneumotorace controlaterale. — R. Kaufmann. Fistole anali.

Id., 15 giu. — S. Metalnikov. I fattori dell'immunità nella tbc.

Münch. Med. Woch., 14 giu. — B. O. Pribram. Colica ombellicale, forma linfangitica dell'appendicite e linfangite mesenterica.

Riforma Med., 13 giu. — P. Molinari Tosatti. Permeabilità della mucosa dell'apparato digerente al principio attivo dei pollini.

Paris Méd., 8 giu. — P. Lereboullet e J. Odinet. Le funzioni del timo. — P. Harvier. Nuovi antidoti.

Dermosifilogr., mag. — A. Valenti. Radioterapia dei tumori. — O. Levi. Guarigione delle ferite in cute precedentem. irradiata.

Lancet, 15 giu. — J. L. Preigg e F. T. Thorpe. Ritenzione provocata di acqua nella diagnosi di epilessia idiopatica.

Journ. A. M. A., 15 mag. — R. Brahdy e al. Sull'identificazione dei bacilli difterici. — E. R. Long. Dalla patologia all'epidemiologia della tbc.

Ann. de l'Inst. Pasteur, giu. — G. Sanarelli e A. Alessandrini. Studi sull'ultravirus tbc.

Arch. It. di Chir., apr. — V. Bernabeo e L. Novara. Ostruzioni arteriose. — G. Scoppetta. Calcificazione della cistifellea.

Arch. internal Med., mag. — L. N. Katz e al. Dolore cardiaco. — H. A. Reimann. Ipertermia abituale. — W. H. Kelley e V. P. Sydenstricker. Malaria perniciosa. — M. Sullivan e J. A. B. Fershtand. Assorbimento dei grassi e funzione epatica.

Arch. It. Malattie App. Diger., mag. — L. Mazzoleni. Eccitabilità gastrica nell'uomo. — G. Fagnano. Ernie dello hiatus.

Revue de Chir., giu. — M. Donati. Le orientazioni attuali della chirurgia.

Clin. Chir., mag. — G. Patosching. Ulcera gastro-duod. — G. Oggioni. Trauma chirurgico e complicazioni polmonari.

Arch. It. di Patol. e Clin. Med., giu. — N. Lolli e P. Campus. Glutationemia e stati morbosi.

Croce Rossa, apr. — A. Bonanni. Ammine biologiche. — N. Consoli. Servizi sanit. e campagne antimal. in Agro Pontino.

Surg., Gyn. a. Obst., giu. — F. H. Lahey e G. A. Haggart. Iperparatiroidismo. — R. K. Bowes e N. R. Barrett. Diagnosi delle lesioni cervicali. — W. L. Penedict. Oftalmia simpatica.

Paris Méd., 15 giu. — Chirurgia infantile e ortopedia.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., 15 giu. — A. Chistoni. Azione antidotica fra cianogeno e bleu di metilene. — M. Preitmann. Diagnostica endocrina.

Presse Méd., 19 giu. — L. Bérard e al. Paratiroidectomia e reumatismi cronici. — L. Marchand e al. L'encefalite psicosica acuta puerperale.

Mediz. Klinik, 21 giu. — G. Brandt. Processi articolari cronici consecutivi a disturbi statici. — H. Pribram. Terapia dell'insufficienza cardiaca.

Klin. Woch., 22 giu. — H. Voss. Rapporti tra tiroide e sist. nerv. centr. — J. A. Kolmer. Vaccinazione contro la poliomielite.

Calabria Med., gen.-feb. — G. Santoro. Trasfusioni sanguigne.

Riv. di Chir., giu. — R. Palma. Legatura della carotide primitiva. — B. Magaldi. Il dotto toracico in chirurgia.

Amer. Journ. Med. Sciences, giu. — P. Reznikeff e al. Policitemia vera. — C. S. Robinson e al. Fattori che agiscono sulla comparsa e sulla durata della glicosuria. — G. A. Goldsmith e G. E. Brown. Tromboangite obliterante. — A. Bshning e L. N. Katz. Sclerosi delle coronarie.

Haematologica, V. — C. Colombi e L. Pavolazzi. Leucocateresi splenica. — E. Bemelmann. Sulla purpura.

Journal A. M. A., 8 giu. — W. B. Cooksey. Trombosi delle coronarie. — H. E. Simon. Miastema grave trattata con estratto d'ipofisi anter.

Presse Méd., 29 giu. — R. Leriche e al. Doppia stellectomia er tachicardia sinusale intensa e ribelle.

Ann. de Méd., giu. — Malattie dei reni.

Practitioner, lug. — I raggi X nella pratica generale.

Münch. Med. Woch., 28 giu. — K. Gutzeit. Disturbi della motilità dell'intestino e loro trattamento. — W. Löhlein. Trattam. del distacco retinico.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 giu. — Neurologia.

Arch. p. le Sc. Med., giu. — G. Barbaro-Forles e F. Cattaneo. Glutatione del sangue in stati morbosi varî. — F. Marcolongo. Il cuore nella glomerulonefrite acuta diffusa.

Cl. Med. It., giu. — V. G. Barone. Importanza del lievito nel metabolismo degli idrati di carbonio. — F. Serio, I. Capizzi. Terapia dell'avvelenam. da sublimato.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm. ecc., mag.-giu. — 2° Congresso della Soc. It. radio-neuro-chirurgica.

Rif. Med., 29 giu. — G. Viola. Esame della dottrina dell'Hahnemann alla luce dei nostri tempi.

Presse Méd., 22 giu. — R. Proust e al. Le onde corte in ginecologia.

Croce Rossa, mag. — M. Mazzetti. Il sospiro lamentoso nelle fasi evolutive della tbc. polm. — M. Garibaldi. Aspetti demografici del problema della malaria.

Diagnostica e Tecnica di Lab., 25 apr. — U. Bortolozzi. Linfogranuloma e reazione biologica di Gordon.

Riforma Méd., 6 lug. — S. Citelli. Particolare forma clinica di tbc. laringea. — R. Franza. Terapia del tifo con vaccini lisizzati.

Paris Méd., 6 lug. — Malattie della nutrizione.

Accad. Med., giu. — P. Niculescu. Distonia della vescichetta biliare.

Acta Med. Italica, lug. — Ostetricia e ginecol. in Italia.

Presse Méd., 3 lug. — G. Derscheid e P. Toussaint. Le infiammazioni pleuriche.

Memento :

Le OPERE DI MEDICINA CHIRURGIA ED IGIENE

pubblicate dalla Casa Editrice LUIGI POZZI di Roma

gli abbonati al « POLICLINICO » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste edite dalla stessa Casa possono ottenerle:

a) contro pagamento a contanti *ai prezzi di favore* indicati negli annunzi dei singoli volumi, inviando, cioè, il rispettivo importo contemporaneamente alla richiesta;

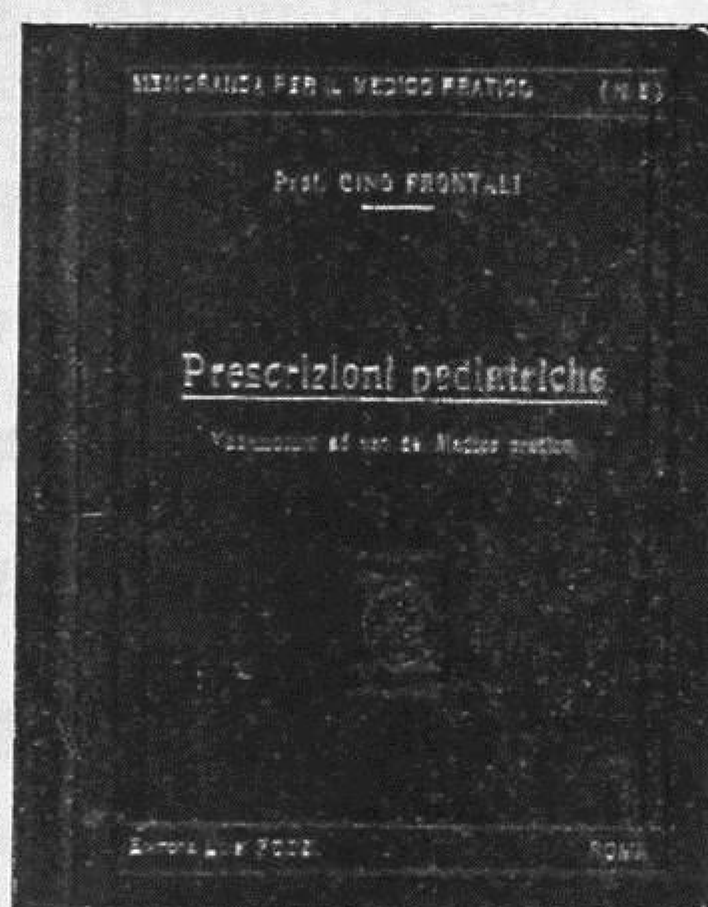
oppure

b) *al prezzo impresso sulla copertina dei volumi,* contro pagamento rateale. Il totale, *considerato al prezzo di copertina,* può essere corrisposto con un primo versamento pari a un *terzo* dell'ammontare della richiesta e la rimanente somma mediante rate mensili da L. 20 cadauna. Con il primo versamento si deve inviare l'impegno scritto del pagamento rateale mensile fino al completo saldo.

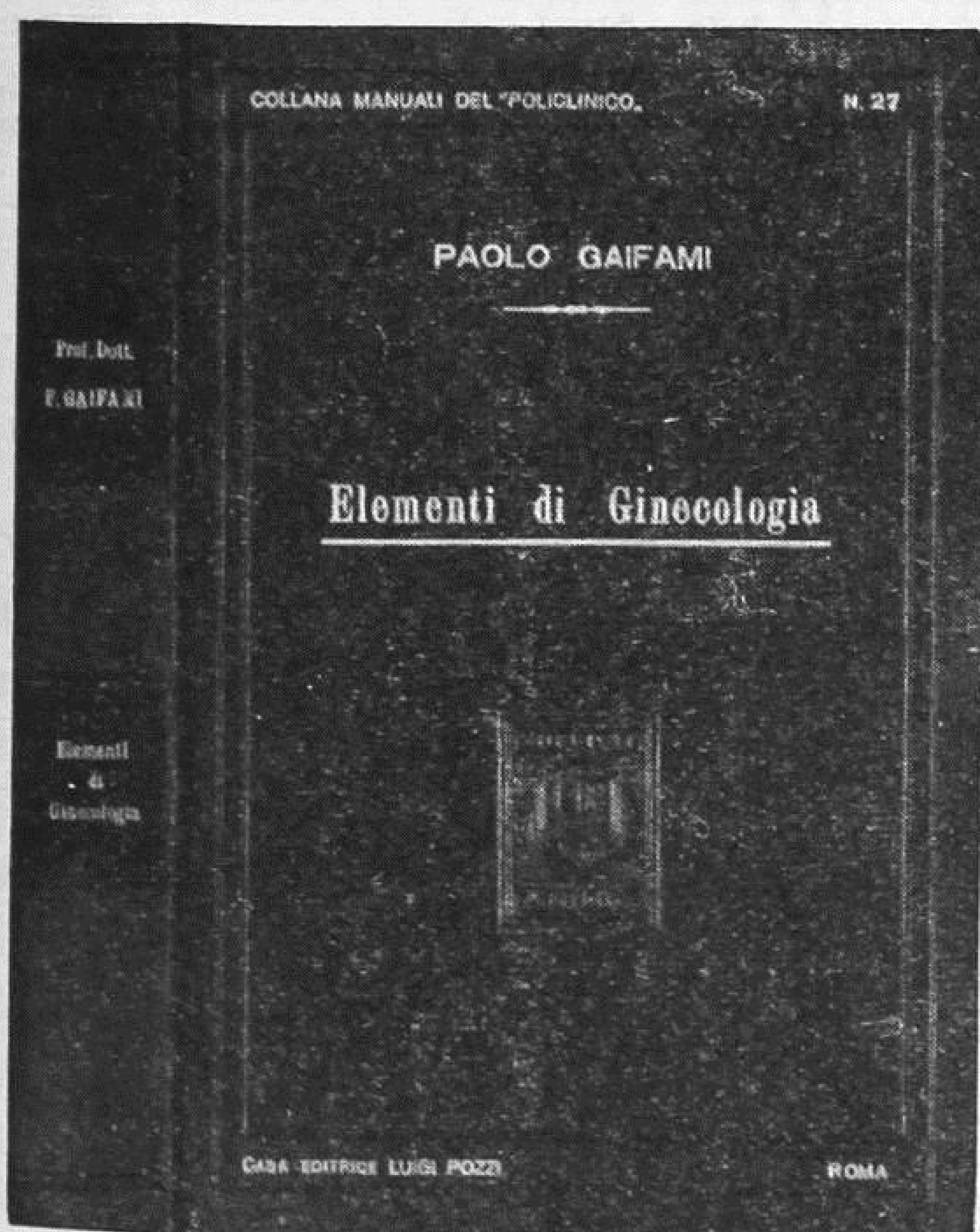
N. B. - A richiesta si invia il catalogo generale di tutte le opere:

Fac simili delle nostre edizioni rilegate in tela.

A circa un terzo dal vero



Prezzo L. 32, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole **L. 28,50,** franco di porto in Italia. Per l'estero **L. 31.**



Prezzo L. 68, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole **L. 58,** franco di porto in Italia. Per l'estero **L. 63.**

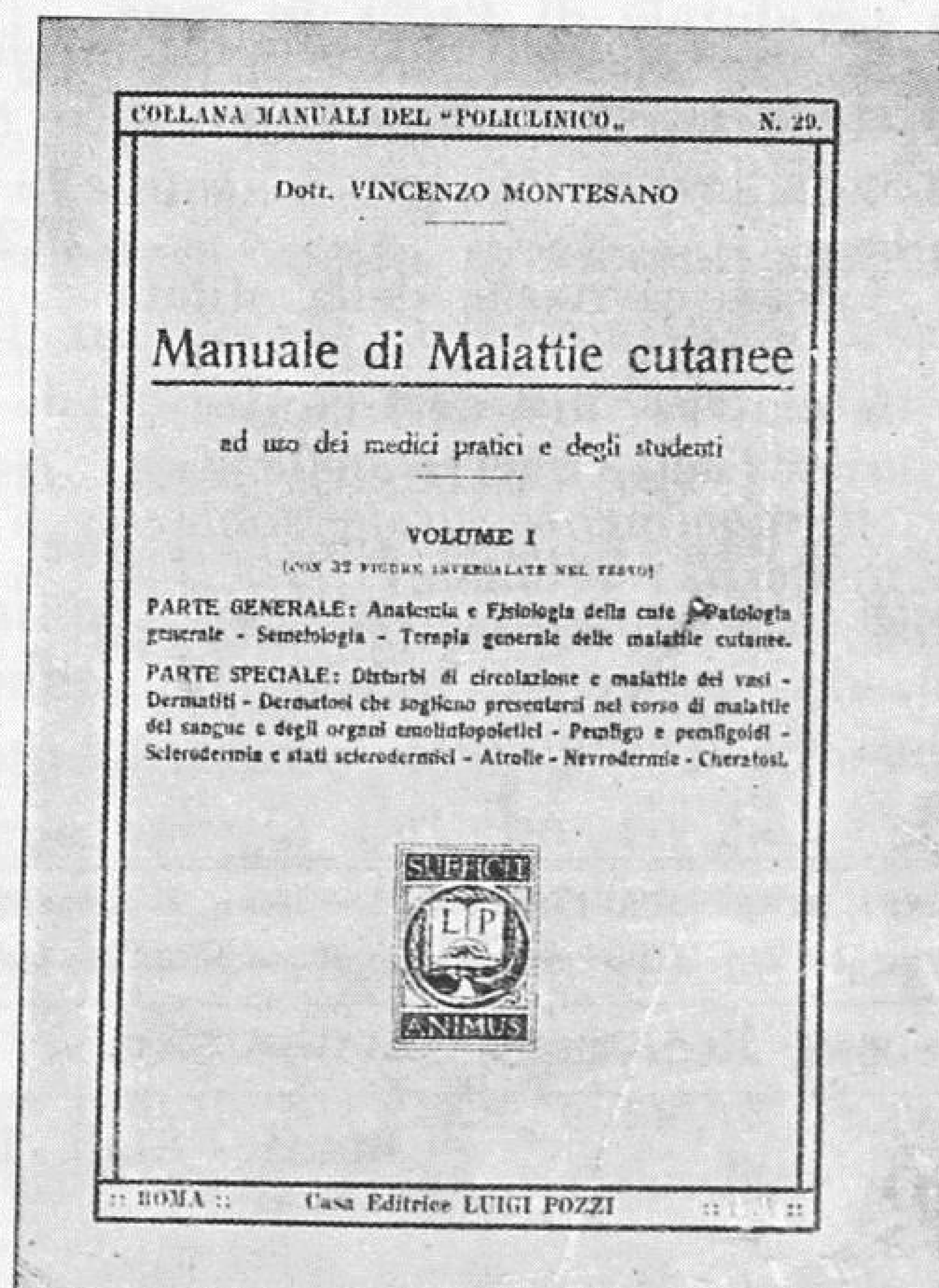
A circa un terzo dal vero

Fac simili delle nostre edizioni in brochure.



Prezzo L. 68, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole **L. 55,** franco di porto in Italia. Per l'estero **L. 58.**

A circa un terzo dal vero



Opera in due volumi. Prezzo complessivo **L. 110,** più le spese postali di spedizione. Ai nostri abbonati è ceduta, quale **premio semigratuito,** per sole **L. 60,** franco di porto in Italia. Per l'estero **L. 75.**

A circa un terzo dal vero

Revue Méd. Suisse Rom., 25 giu. — Numero in onore del prof. E. Kummer.

Bull. Ac. de Méd., 25 giu. — A. VAUDREMER e C. BRUN. Coltura del bacillo di Hansen.

Arch. d. I. B. I., giu. — M. CELLINA e F. DE ANGELI. Aortite reumatica. — M. MESSINI e M. COPPO. Rapporti fra ormoni e vitamine. — B. FRACCARI. Ifomiceti e schizomiceti in affezioni cutanee.

Klin. Woch., 6 lug. — H. SELTER e P. WEILAND. Meccanismo dell'immunità tubercolare. — R. KELLER. Fattore elettrico dell'edema.

Sang, 7 — P. MERKLEN e H GOUNELLE. Anemia con stato leucemoide. — P. EMILE-WEIL e P. ISCH. WALL. Emorragie uterine senza lesioni uterine. — A. KRINKOFF e al. Sangue di cadaveri.

Journ. Méd. Franç., giu. — Numero sugli zuccheri nel sangue.

Med. Klinik, 5 lug. — G. VON BERGMANN. Correlazioni tra secrezioni interne. — A. KRAL. Commotio cerebri.

Lancet, 6 lug. — E. SPRIGGS. Le cefalee.

Münch. Med. Woch., 5 lug., — E. GRAFE. Antipiresi. — F. KLINGLER. Mialgie addominali.

Med. Welt, 6 lug. — F. KOELSCH. L'industria tessile nei riguardi medico-industriali. — E. HENRICH. Tbc. alimentare.

Cl. Chir., giu. — R. ROSSI. Pancreatite cronica. — L. SALVI. Narcosi endovenosa con un nuovo preparato barbiturico.

Sperimentale, apr. — S. SIGNORELLI. Immunobiologia tissulare nelle brucellosi sperimentali. — G. NATUCCI. Stasi biliare e infezione ematogena. — G. BARSINI. Bacillemia tbc. ricercata col metodo Petragnani.

Minerva Med., 14 lug. — P. SISTO. Gli esiti della ipertensione essenziale. L'emorragia cerebr. — F. MARCOLONGO. Patologia dell'acido ossalico.

Giorn. di Cl. Med., 30 giu. — C. NEGRI. Emoterapia. — S. VIRGILIO. Micosi polmonari.

Deut. Med. Woch., 12 lug. — RUSZNYÁK e al. Profilassi dei disturbi circolatori post-operatori.

Klin. Woch., 13 lug. — L. ASCHOFF. Le reazioni morfologiche del sangue alle infezioni. — G. SCHLOMKA e F. A. NOLTE. Pneumoconiosi.

Amer. Journ. Med. Sc., lug. — R. H. FREYBERG. L'insulina nell'iponutrizione. — A. LEVINSON e O. SAPHIR. Encefalite emorragica fulminante. — H. A. REIMANN e C. M. EKLUND. Vaccinoterapia protratta causa di amiloidosi.

Riv. di Cl. Ped., giu. — R. SIMONETTI CUIZZA. Ricerche sul sistema vegetativo di bambini adenoidei.

Arch. It. di Chir., apr. — M. TITONE. Funzionalità gastrica in rapporto con l'appendicite. — P. CAZZAMALI e I. MINGAZZINI. Reclorurazione sistematica degli operati.

Presse Méd., 13 lug. — P. REMLINGER e J. BAILLY. Vaccinazione antirabbica a domicilio.

Rif. Med., 13 lug. — G. FRONTALI. Costituzione endoteliale e disposizione al reumatismo articolare a domicilio.

Lancet, 13 lug. — E. SPRIGGS. Le emicranie. — J. McDONALD HOLMES, A. H. IMBRIE. Anemia aplastica.

Archives intern. Med., giu. — E. P. MAYNAED jr. e al. Diagnosi precoce e decorso dell'aortite. — E. H. SCHWAB e G. HERRMANN. Alterazioni dell'elettrocardiogramma nelle malattie del pericardio. — E. J. G. McGRATH. Gangrena periferica sperimentale. — J. M. STRANG. Il metabolismo nell'iponutrizione. — O. E. HEPLER. Tolleranza pel grasso nell'ipertiroidismo.

Surg., Gyn. a. Obst., lug. — S. ZUCKERMANN e A. H. MORSE. Iperplasia endometrica. — G. VAN S. SMITH e O. W. SMITH. Prolan ed estrina in gravidanza.

Morgagni, 9 giu. — G. DI BELLO. Guarig. spontanea delle caverne.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII — Roma, 4 Novembre 1935 - XIV — Num. 44

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO BENITO MUSSOLINI
Clinica delle Malattie dell'apparato respiratorio
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: On. Prof. EUGENIO MORELLI

Lo sdoppiamento inspiratorio del II° tono cardiaco alla base come segno di cirrosi pleuro-polmonare.

Dott. VINCENZO MURA, assistente.

Lo sdoppiamento del secondo tono cardiaco è portato da tutti gli AA., come segno di aumento di pressione del piccolo circolo, sia esso dovuto a vizio cardiaco o a grave riduzione di area nel letto del circolo polmonare.

Esso è causato, come si sa, all'asincronismo di chiusura delle valvole semilunari aortiche e polmonari, e più precisamente alla chiusura precoce delle semilunari dell'aorta o della polmonare, a seconda che lo sdoppiamento è percepito con maggiore intensità sul focolaio di ascoltazione dell'una o dell'altra arteria.

Il significato di questo asincronismo è stato variamente interpretato.

Huchard sosteneva che gli si dovesse dare sempre un significato patologico, ma Potain, Neukirch, Marey, Gerhardt, Vaquez, hanno ammesso che questo sintomo può verificarsi anche in condizioni di normalità e hanno indicato le caratteristiche che differenziano lo sdoppiamento fisiologico da quello patologico.

Lo sdoppiamento fisiologico, che si osserva qualche volta nei bambini e nei vecchi, come osservò Vaquez, è fugace e transitorio, ha i due mezzi toni molto ravvicinati essendo minimo il tempo di asincronismo, ma sopra tutto è legato intimamente alla funzione respiratoria. Esso infatti si percepisce di preferenza sul focolaio aortico nell'acme della inspirazione, mentre scompare alla fine della espirazione. Il Marey pensava che questo sdoppiamento fosse dovuto alla chiusura precoce delle valvole aortiche, sia per l'aumento della tensione aortica derivante dalla compressione che i visceri addominali esercitano sull'aorta addominale durante l'inspirazione, e sia per l'aumento della tensione negativa toracica che tende a far retrocedere il sangue

aortico verso il ventricolo sinistro. Non tutti gli AA. ammisero questa spiegazione e il Potain, tenendosi a una spiegazione più generica, ammise che il fenomeno dovesse verificarsi per le alternative di pressione che la respirazione provoca nei suoi diversi momenti sulla circolazione. Questo sdoppiamento, oltre ad essere transitorio, ha per tutti gli AA. un significato del tutto fisiologico, non essendo esso espressione di alcuno stato di sofferenza del sistema cardio-polmonare, nè dal punto di vista anatomico nè da quello funzionale.

Caratteri e significato ben diversi ha lo sdoppiamento patologico che si ascolta con maggior frequenza sul focolaio della polmonare, ed è ordinariamente segno di grave alterazione circolatoria. Si distingue per la sua persistenza e per la scarsa influenza che su di esso esercitano i movimenti respiratori. Si ascolta qualche volta sul focolaio aortico e significa allora che le valvole aortiche si chiudono in precedenza, ma più spesso si ascolta sul focolaio della polmonare indicando la precocità di chiusura delle valvole di questa arteria. I due mezzi toni possono seguirsi immediatamente dando un rumore di rullìo, oppure possono essere nettamente staccati dando un ritmo che somiglia a quello di galoppo. È segno caratteristico della stenosi mitralica, tanto che il Potain diceva che esso può bastare da solo a imporre questa diagnosi, ma lo si riscontra abbastanza frequentemente anche in alcune affezioni croniche del polmone, quali l'enfisema essenziale di alto grado e in genere tutte quelle circostanze in cui si ha grave diminuzione di area nel letto del piccolo circolo come: la tubercolosi fibrosa diffusa ai due polmoni, il pneumotorace bilaterale che comprima anche i lobi inferiori ecc. Si osserva qualche volta anche nelle sinfisi del pericardio.

Il Potain, osservando che nella stenosi mitralica compensata, lo sdoppiamento si sente con maggiore intensità sul focolaio aortico, mentre nella stenosi grave si sente più nettamente sul focolaio della polmonare, formulò l'ipotesi che nel primo caso, cioè quando il restringimento dell'ostio valvolare è tale da lasciare passare ancora una discreta colonna di sangue, la valida aspirazione diastolica del ventricolo sinistro non essendo esaurita immediatamente dalla massa sanguigna, provoca uno stato aspirativo che si esercita anche sulle valvole semilunari dell'aorta, facendole chiudere prima delle polmonari. Nel secondo caso invece, cioè quando il restringimento dell'ostio è più grave, si ha un ristagno sempre più grave nel piccolo circolo e conseguentemente un aumento di tensione nell'interno dell'arteria polmonare, le cui valvole, spinte da questa tensione, si chiudono prima delle aortiche.

Tripier e Devic spiegano questo sdoppiamento, ammettendo che esso sia causato dalla trasmissione delle vibrazioni dell'ostio mitralico. Gallavardin pensa che il secondo tono sia dovuto unicamente a un rumore aggiunto, mentre Cevedini lo ritiene causa di un non contemporaneo inizio della diastole dei due ventricoli.

La maggior parte degli autori moderni però, tra cui Vaquez, Ceconi, Mariani, Rubino, sono d'accordo nel pensare che questo sdoppiamento sia sempre dovuto a un aumento di tensione del piccolo circolo.

Trattasi quindi di un sintomo che entra in scena quando cominciano, o più spesso quando sono già avanzati i segni di uno scompenso cardiaco. Infatti, lo riscontriamo in individui che presentano altri segni manifesti sia di tale scompenso e sia della malattia cardiaca o polmonare che lo ha causato.

In tutti questi casi perciò, lo sdoppiamento del secondo tono non fa che unirsi al corteo di sintomi che impongono già da sè la diagnosi di scompenso del cuore destro, sia esso dovuto a stenosi della mitrale o sia dovuto a malattia cronica dei polmoni.

Nella pratica sanatoriale, però, non è infrequente trovare un particolare sdoppiamento del secondo tono alla base, in casi in cui il malato ha un aspetto del tutto diverso dal precedente.

Si tratta di individui nei quali il cuore non è ingrandito in nessuna delle sue parti, i toni negli altri focolai sono netti e puri, non esiste affanno neanche dopo il movimento, non fegato da stasi nè segni di stasi polmonare. L'unico reperto è lo sdoppiamento del secondo tono alla base e qualche variazione plessica e cirtometrica in campo toracico, mentre nella loro anamnesi non manca quasi mai la pleurite dallo stesso lato.

A un attento esame possiamo osservare che questo sdoppiamento ha comportamento e caratteri che lo differenziano nettamente sia dallo sdoppiamento fisiologico che da quello patologico di cui abbiamo parlato, pur partecipando in parte delle caratteristiche dell'uno e in parte delle caratteristiche dell'altro. Esso può andare dal rumore di rullio dello sdoppiamento fisiologico, alla produzione di due semitoni nettamente distinti l'uno dall'altro. È nettamente influenzato dai movimenti respi-

ratori, comparendo o accentuandosi nella apnea inspiratoria e attenuandosi fino a scomparire spesso completamente nella espirazione forzata. È influenzato dalla posizione dell'individuo, diminuendo esso in posizione eretta e aumentando in posizione orizzontale. È permanente perchè si reperisce sempre finchè persistono le alterazioni polmonari da cui dipende. Notiamo inoltre che all'infuori delle influenze che subisce da parte della respirazione e della posizione del paziente, esso non è accompagnato da accentuazione e si attenua sensibilmente se si fa compiere al paziente una lieve fatica, contrariamente a quanto capita nel comune sdoppiamento da ipertensione del piccolo circolo.

Si ascolta il più spesso sul focolaio della polmonare, ma si può ascoltare anche, sebbene meno frequentemente, sul focolaio aortico. Nel primo caso è accompagnato da alterazioni plessiche dell'emitorace sinistro, più o meno evidenti, e molto spesso anche da immobilità della base corrispondente. Nel secondo caso è accompagnato da simili alterazioni nell'ambito del polmone destro. Queste alterazioni in qualche caso sono marcate, in altri sono appena accennate, tanto da non essere sufficienti per formulare una diagnosi di alterazione del parenchima polmonare.

Un segno che invece lo accompagna *sempre* è la retrazione o la ipomobilità dell'emitorace destro o sinistro, a seconda che lo sdoppiamento si percepisca sull'aorta o sulla polmonare.

Esaminando attentamente le caratteristiche fisiche del rumore sdoppiato, in rapporto al punto di ascoltazione, notiamo che ascoltando sullo sterno all'altezza del secondo spazio, cioè tra il focolaio aortico e il polmonare, avvertiamo che il secondo tono è formato da due mezzi toni consecutivi, di cui il primo è più forte del secondo. Spostando gradualmente lo stetoscopio verso il focolaio della polmonare o dell'aorta, a seconda che lo sdoppiamento si ascolti meglio su questo o su quel focolaio, notiamo che man mano che procediamo, l'intensità dei due mezzi toni si inverte, finchè, arrivati al punto di migliore ascoltazione, il secondo mezzo tono è più forte del primo. Ciò ci induce a credere che quando lo sdoppiamento avviene sul focolaio della polmonare, le valvole di questa arteria si chiudano dopo le aortiche, per cui il rumore di quella è più forte del rumore di queste. Quando invece lo sdoppiamento si percepisce meglio sul focolaio dell'aorta, è il semitono aortico che scocca in ritardo.

Avviene cioè, il contrario di ciò che si verifica tanto nello sdoppiamento fisiologico che in quello da ipertensione del piccolo circolo in cui tra i due semitoni, scocca prima quello delle valvole sul cui focolaio d'ascoltazione il fenomeno è meglio percepito.

Quale sarà il meccanismo patogenetico di questo particolare sdoppiamento? Si può escludere facilmente che possa essere dato da ipertensione del piccolo circolo, sia perchè non è mai accompagnato, come abbiamo già rilevato, da alcun segno che possa far pensare a questa ipertensione, e sia perchè ha caratteri che lo differenziano nettamente dallo sdoppiamento che tale ipertensione può determinare.

Non può nemmeno trattarsi di uno sdoppiamento fisiologico, perchè manca nei soggetti sani e coincide sempre con determinate alterazioni anatomopatologiche del polmone.

Non può essere causato da spostamento del mediastino, perchè questo sdoppiamento non è costante, nè in proporzione diretta con la intensità del fenomeno, ma sopra tutto perchè negli spostamenti del mediastino dovuti per esempio a pneumotorace o a versamento, esso non si verifica affatto.

Non dipende da particolari alterazioni del pericardio, nè delle arterie (aorta e polmonare), nè delle loro valvole, nè da vizi cardiaci, perchè sia all'esame clinico radiologico, sia a quello autoptico; nei casi in cui quest'ultimo si è potuto fare, non si è trovata in questi organi alcuna alterazione.

Non può dipendere da differenza di tensione tra il cavo pleurico di un lato e quello dell'altro, che sia stata determinata da diminuzione o da annullamento della pressione negativa di un emitorace, perchè se ciò fosse, lo sdoppiamento si dovrebbe verificare in tutti i casi di pneumotorace o di versamento.

Considerando che il sintomo che accompagna costantemente questo sdoppiamento, è la retrazione statica e dinamica o soltanto dinamica, dell'emitorace corrispondente al focolaio di ascoltazione, noi siamo portati a pensare che quegli stessi processi polmonari a tendenza cirrotica che causano la retrazione toracica, determinino contemporaneamente e con lo stesso meccanismo anche lo sdoppiamento del secondo tono cardiaco.

La fisiologia ci insegna che la tensione negativa endotoracica, esercitandosi anche sul mediastino, determina sulle vene contenute nel mediastino stesso e sugli atri cardiaci, una aspirazione che ne facilità il riempimento. Ma questa azione aspirante, come si eser-

cita sulle vene, si esercita certamente anche sugli altri organi mediastinici e quindi anche sull'aorta e sull'arteria polmonare.

Esaminiamo la topografia normale di questi organi, dopo aver asportato ciascun polmone isolatamente e dopo aver aperto il pericardio. L'aorta esce dal ventricolo sinistro dirigendosi verso destra e verso l'alto fino a prendere contatto, prima attraverso il pericardio e poi direttamente, con la pleura mediastinica destra in un piano anteriore rispetto a quello occupato dalle vene cave. La porzione ascendente decorre quindi tutta in intimo contatto con la pleura mediastinica destra, fino all'inizio dell'arco. L'arteria polmonare invece, esce dal ventricolo destro dirigendosi verso sinistra e in alto, fino a prendere contatto con la pleura mediastinica sinistra, inizialmente anche essa attraverso il pericardio, e poi direttamente. Alla biforcazione il ramo destro si affonda nel mediastino dirigendosi verso destra e il ramo sinistro resta a contatto con la pleura che circonda il peduncolo, fino al suo ingresso nel polmone. Ne consegue che tanto l'aorta che l'arteria polmonare, nella porzione iniziale che sta immediatamente al di sopra delle valvole semilunari, si trovano con un buon tratto d'arco della parete, sotto il dominio della pleura relativamente di destra e di sinistra e devono quindi necessariamente sopportare l'azione della tensione negativa di esse.

Questa azione determina normalmente su di esse un effetto meccanico certo inferiore a quello che determina sulle vene, data la minore consistenza anatomica delle pareti di queste. Ma se la trazione aumenta per una causa patologica qualsiasi, essa può arrivare a determinare degli effetti meccanici notevoli anche sulle arterie, nelle quali avremo quindi in modo analogo a quanto avviene nelle vene e negli atri, una maggiore facilità di replezione durante la sistole ventricolare e una certa difficoltà di svuotamento durante la diastole dei ventricoli stessi.

Da ciò consegue che il sangue passa dai ventricoli alle arterie con più facilità perchè il miocardio deve vincere una minore resistenza per dilatare le arterie già dilatate dalla trazione toracica patologicamente aumentata. Al finire della sistole ventricolare invece, il restringersi dell'arteria sulla colonna sanguigna, subisce un certo ritardo perchè deve vincere l'aumentata aspirazione toracica che tende a tenere l'arteria espansa. La colonna reflua quindi, cade in ritardo sulle valvole semilunari e questo ritardo si fa sentire sul tempo di produzione del secondo tono cardiaco.

Se l'aumento di tensione è uguale nei due emitoraci, si ha un allungamento della piccola pausa. Se invece l'aumento si verifica solo in un emitorace, l'arteria situata sotto il dominio di questo, subisce essa sola l'azione ritardante e le sue valvole semilunari si chiuderanno in ritardo rispetto alle altre, determinando appunto lo sdoppiamento del secondo tono. Durante l'inspirazione, aumentando ancora di più l'aspirazione pleurica, il fenomeno si renderà più manifesto, mentre nella espirazione, diminuendo l'aspirazione pleurica, anche lo sdoppiamento diminuirà d'intensità fino, qualche volta, a scomparire del tutto.

Abbiamo notato più sopra che il fenomeno si rende più manifesto se il paziente è messo in posizione orizzontale. Ciò avviene perchè, essendo le arterie situate, come abbiamo detto, in un piano anteriore, si troveranno, in questa posizione, in condizione di risentire di più l'effetto della trazione.

Abbiamo detto che questo sdoppiamento si sente il più spesso a sinistra cioè sul focolaio della polmonare, mentre è relativamente raro sull'aorta. Le pareti di questa arteria infatti, sono notevolmente più consistenti di quelle della polmonare e per avere su di esse un effetto meccanico è necessario un aumento di trazione molto maggiore di quello che è sufficiente a vincere la resistenza della polmonare.

La realtà di questo meccanismo patogenetico è convalidata sia dal fatto che il fenomeno si verifica in moltissimi pneumotoraci abbandonati, specie di sinistra e sia dal fatto che esso scompare o si attenua notevolmente nei pochi casi in cui si riesce a costituire un pneumotorace (quando esso riesce a collassare la parte alta e media del polmone), e in seguito a intervento di toracoplastica o di ampie apicolisi anteriori (1).

Conferma questa patogenesi anche un particolare ciclo che è possibile osservare in casi che si hanno da molto tempo in osservazione come capita nei reparti ospedaliero-sanatoriali. Si assiste cioè, qualche volta, alla attenuazione e alla scomparsa dello sdoppiamento, man mano che la malattia invade anche l'altro polmone e si aggravano le condizioni cardiache e respiratorie del paziente. Dopo un

(1) Spesso però ricompare a distanza dell'intervento, quando si stabiliscono di nuovo le condizioni di aumentata trazione.

certo tempo lo sdoppiamento ricompare, sempre sul focolaio della polmonare anche quando prima si sentiva a carico del focolaio aortico, ed è accompagnato questa volta da dispnea, da rantoli alle basi, da edemi pretibiali e da fegato da stasi. Si tratta quindi di un ciclo in cui allo sdoppiamento da aspirazione si sostituisce, dopo un periodo più o meno lungo di equilibrio, il comune sdoppiamento da ipertensione del piccolo circolo, il quale è abbastanza frequente negli ultimi stadi della tubercolosi polmonare.

Un'altra prova l'abbiamo potuta avere studiando il comportamento dello sfigmogramma della radiale nei casi in cui lo sdoppiamento è a carico del focolaio aortico. Se infatti il meccanismo da noi esposto corrisponde a realtà, se cioè, nell'arteria sottoposta a trazione abnorme si verifica un più rapido e più facile riempimento e un ritardo di svuotamento queste variazioni si ribattono anche sulle sue diramazioni, ciò che nei casi che interessano l'aorta, sarà esplorabile con lo studio del riempimento e dello svuotamento dell'arteria radiale. Eseguiti in alcuni casi gli sfigmogrammi abbiamo osservato che stando il malato steso orizzontalmente e in respirazione normale, lo sfigmogramma presenta un ramo ascendente perfettamente verticale e un ramo discendente che degradando dolcemente con varie onde catacrote, forma una curva a estremità notevolmente più divaricate del normale. Se si invita il paziente a fare una inspirazione profonda, la curva si allarga ancora di più, mentre se il malato compie una profonda espirazione, essa si restringe fino a portarsi quasi alle proporzioni normali.

Il comportamento dello sfigmogramma è quindi perfettamente consono al concetto patogenetico espresso, indicando non solo un più rapido riempimento ma sopra tutto un caratteristico ritardo di svuotamento che è a sua volta indice del ritardo di svuotamento dell'aorta e del ritardo di chiusura delle valvole semilunari dell'aorta stessa.

Possiamo perciò ritenere che questo particolare sdoppiamento che si verifica quando in un emitorace agiscono tensioni negative abnormi, sia dovuto all'aspirazione che queste tensioni esercitano sulla parete della porzione iniziale dell'arteria corrispondente, potendosi perciò chiamare: sdoppiamento da aspirazione sul peduncolo o sdoppiamento inspiratorio per differenziarlo sia dallo sdoppiamento fisiologico che dallo sdoppiamento da ipertensione del piccolo circolo.

Questo sintomo si osserva molto spesso nella tubercolosi fibrosa di un polmone e specialmente nella sclerosi polmonare pleurogena che mentre determina nel polmone una tendenza cirrotica, determina anche quella rigidità mediastinica che permette lo stabilirsi di notevoli differenze di tensione tra un emitorace e l'altro.

Dai casi che noi abbiamo potuto osservare, possiamo ritenere che a determinare lo sdoppiamento, sono necessarie d'ordinario alterazioni di una certa entità. Ma quando la lesione cirrotica, pur non essendo molto estesa, è localizzata nella parte antero mediana del polmone sinistro cioè in vicinanza della porzione iniziale dell'arteria plomonare, lo sdoppiamento si verifica molto precocemente anche per alterazioni non molto avanzate e che danno oltre a questo segno, solo una non granle limitazione di espansione dinamica dell'emitorace.

Il reperto di questi due fatti concomitanti, cioè dell'ipomobilità dell'emitorace sinistro o destro e lo sdoppiamento del secondo tono cardiaco sul focolaio della polmonare, o dell'aorta, assume in tali casi una notevole importanza diagnostica.

RIASSUNTO.

L'autore, dopo aver ricordato i concetti patogenetici che attualmente si hanno sullo sdoppiamento del secondo tono cardiaco e dopo averne ricordato i caratteri essenziali, descrive un particolare sdoppiamento che si osserva abbastanza frequentemente nella pratica sanatoriale e si distingue nettamente sia per il comportamento che per la patogenesi e per il significato, tanto dallo sdoppiamento fisiologico quanto da quello dovuto a ipertensione del piccolo circolo.

Esso si ascolta di preferenza sul focolaio della polmonare, ma si può ascoltare anche sul focolaio aortico. Aumenta nettamente nell'inspirazione specie in posizione orizzontale, mentre diminuisce alla fine dell'espirazione. È dovuto a ritardata sistole arteriosa e consecutivo ritardo di chiusura delle valvole semilunari dell'arteria sul cui focolaio di ascoltazione il fenomeno è meglio percepito. Si accompagna sempre a un certo grado di retrazione dell'emitorace corrispondente ed è come questa retrazione, indice di alterazione a tendenza sclerotica più o meno diffusa del polmone sottostante.

Per le sue caratteristiche esso si può definire: sdoppiamento inspiratorio, per differen-

ziarlo sia dallo sdoppiamento fisiologico che dallo sdoppiamento da ipertensione del piccolo circolo.

BIBLIOGRAFIA.

ASCHOFF. *Trattato di anatomia patologica.*
CECONI. *Medicina Interna.*
FOÀ. *Trattato di Anatomia Patologica.*
LUCIANI. *Trattato di fisiologia.*
MARIANI. *Semeiotica.* Vallardi, Milano.
MONALDI. *Fisiopatologia dell'apparato respiratorio nella tbc. polmonare.* Edizioni della Feder. Naz. Fasc. per la Lotta contro la tbc., 1934.
PEZZI. *Radiologia clinica del cuore e dei grossi vasi.*
ROGER-WIDAL-TEISSIER. *Nouveau Traité de Médecine.* Paris, Masson, 1933.
RUBINO. *Semeiotica Medica.* Milano, Vallardi, 1926.
TESTUT. *Trattato di Anatomia Umana Normale.*
VAQUEZ. *Malattie del Cuore.*

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA.

Direttore Inc.: Prof. GIOVANNI SERRA.

Valore curativo di un nuovo emostatico: la trombocitina.

Dott. ETTORE RASTELLI, assistente.

Il compito di porre riparo ad una emorragia è devoluto in certi casi solo all'arte chirurgica: emorragie di estrema gravità come quelle consecutive a traumi del fegato, del rene, della milza, ad esempio, possono beneficare solo di un pronto e disciplinato intervento, sia che esso consista in una sutura o nell'ectomia dell'organo leso.

Ma al di fuori di queste circostanze, esiste tutta una serie di fatti morbosi nei quali l'emostasi diretta non è di immediata necessità e trovano indicazione i medicamenti che vanno sotto il nome di coagulanti. Valgano d'esempio emorragie che possono verificarsi in soggetti affetti da ulcere o da tumori dello stomaco e dell'intestino, da ipertrofia prostatica, da certe nefropatie ecc.

D'altro canto si approfitta in chirurgia a scopo preventivo della proprietà comune a dette sostanze di accrescere il potere coagulante del sangue quando occorra operare su regioni molto vascolarizzate o su individui che presentano alterazioni della crasi sanguigna.

Così si dica per le emorragie che accompagnano o seguono interventi sulle meningi, sul cervello, sulla tiroide, sulla prostata, sul fegato e sulle vie biliari nei colemici ecc.

In questo campo lo studio del meccanismo fisiologico dell'emostasi ha guidato le indagini scientifiche alla ricerca di sostanze che attivino il potere emostatico sia dei soggetti normali, sia di quelli a rallentata coagulabilità.

Sino a pochi anni addietro dominava nel campo biologico la teoria enzimatica, derivata dai lavori di A. Schmidt, secondo la quale la coagulazione del sangue era provocata da un particolare fermento, il trombozima o citozima di Gould e Spiro, o trombochinasi di Morawitz, secreto dalle piastrine e dai tessuti. Tale fermento trasformerebbe il trombogeno in trombina e, per mezzo di quest'ultima, dovrebbe provocare, in presenza dei sali di Ca il mutarsi del fibrinogeno in fibrina.

In questi ultimi anni, grazie agli studi di alcuni autori americani e di Bordet, l'intimo meccanismo della coagulazione del sangue è stato ulteriormente chiarito. Howel ha dimostrato che la Trombochinasi è un lipoide; questo si combina col trombogeno, che è una proteina, e col calcio del sangue formando un complesso lipo-proteico che è appunto la trombina; dall'azione di questa sul fibrinogeno deriva la fibrina, una globulina allo stato di gel, la quale imbrigliando fra le sue maglie gli elementi corpuscolati, determina nella sede della lesione vasale la formazione di un vero e proprio tampone.

Come è noto, i coagulanti di uso comune, prima che venisse svelata la natura biochimica delle sostanze che prendono parte alla coagulazione del sangue, erano composti organici o inorganici. Così, ad esempio, per fare una citazione, vennero e vengono tuttora usati i preparati di Ca. Che il Ca agevoli la coagulazione del sangue è un fatto certo, ma soltanto nel caso che il sangue ne contenga quantità deficienti: allorchè non esiste questa deficienza, l'aggiunta di Ca diminuisce la coagulabilità del sangue (Sabbatani, Rigoli ecc.) e l'apporto di forti quantitativi la inibisce affatto. È stata usata anche la gelatina per via ipodermica o per applicazione locale. Secondo Gley e Richard, la gelatina pura dializzata è inattiva, mentre, probabilmente, le proprietà emostatiche sono dovute alla presenza di piccole quantità di sali di calcio. Vennero d'altro canto utilizzati alcuni tessuti o estratti di essi, come il muscolo fresco, il tessuto adiposo, il tessuto polmonare ecc. Kocher e Fonio si servirono di un estratto di piastrine ottenuto per centrifugazione frazionata del sangue e ridotto in forma conservabile e solubile in acqua con zucchero di uva.

Ultimamente ha destato interesse un preparato: la « Trombocitina », essendo esso costituito dal complesso lipoideo che, secondo gli studi di Howel, cui ho sopra accennato, rappresenta l'agente attivo della coagulazione fisiologica del sangue.

Tale preparato viene infatti ad aggiornare la terapia mediante l'emostasi chimica ed ho perciò creduto interessante sperimentarlo largamente sugli ammalati dell'Istituto, nei quali la somministrazione di coagulanti fosse indicata e a scopo curativo e a scopo preventivo.

Le osservazioni che riferirò in breve riassunto valgono a dare una idea dei risultati ottenuti.

CASO I. — Mauro F., di a. 66. Diagnosi: *Ipertrofia prostatica.*

Il p. già anemizzato da ripetute ematurie, è accolto in istato di iscuria. Viene trattato con catetere a permanenza; le urine sono fortemente ematiche. Gli sono state praticate ogni giorno due iniezioni intramuscolari di 5 cc. di Trombocitina. Dopo tre giorni le urine si rischiararono completamente e solo nel sedimento era visibile qualche globulo rosso.

Il 2-11-34 fu operato di cistostomia e il 19-11-34 di prostatectomia alla Freyer, previa iniezione nei due giorni immediatamente precedenti l'intervento di 10 cc. di Trombocitina nei muscoli (due iniezioni da 5 cc.).

Dal letto vescicale l'emorragia fu all'inizio intensa (da notare che si trattava di soggetto arteriosclerotico) ma andò rapidamente scemando dopo iniezione endovenosa di 10 cc. di Trombocitina seguìta da iniezioni intramuscolari di cc. 2 e mezzo ogni due ore.

CASO II. — Pietro C., di a. 60. Diagnosi: *Ipertrofia prostatica, calcolosi vescicale e polipo anale.*

Il p. che da anni accusa disturbi urinari (pollachiuria, minzione dolorosa con getto ritardato e spesso interrotto, lievi ematurie) viene ricoverato d'urgenza il 7-4-34 con abbondante ematuria insorta dopo rapido svuotamento di oltre 1000 cc. di urina. Lavata la vescica per liberarla dai coaguli, viene instaurata terapia trombocitinica endovenosa (due iniezioni da 10 cc. con mezz'ora di intervallo fra l'una e l'altra iniezione). Due ore dopo l'emorragia era cessata.

Il 10-4-34 si ripetè l'ematuria di cui ebbe ragione una dose di 5 cc. di Trombocitina intramuscolare ripetuta due volte ad intervalli di due ore.

Il giorno 16-4-34 si somministrò ancora una dose preventiva di 10 cc. di Trombocitina endomuscolare; si potè così procedere alla asportazione del calcolo, senza inconvenienti di sorta.

CASO III. — Angelo B., di a. 72. Diagnosi: *Cancro della prostata.*

Il p. che da qualche tempo accusava tenesmo rettale, dolori sacro-coccigei e perineali, pollachiuria notturna, fu ricoverato per il sopravvenire di fenomeni ematurici il 4-6-34.

All'esplorazione rettale si riscontrarono lobi prostatici voluminosi con nodi durissimi. Due iniezioni intramuscolari di 5 cc. al giorno fecero divenire le urine più chiare, leggerissimamente ematiche.

Il 9-6-34 avendo il paziente presentato fatti di ritenzione completa e riuscendo difficile e doloroso il cateterismo uretrale fu fatta una cistostomia definitiva.

Si insistette con le iniezioni di Trombocitina (5 cc. due volte al giorno) ed il paziente potè essere dimesso con urine limpide.

CASO IV. — Pietro M., di a. 72. Diagnosi: *Calcolosi vescicale.*

Il paziente presentava soggettivamente minzioni frequenti, dolori ipogastrici con irradiazione al glande esacerbati dai movimenti; obiettivamente una discreta ematuria. L'esame cistoscopico confermò l'ipotesi di calcolosi vescicale. Come nel caso precedente, l'ematuria cedette rapidamente al trattamento coagulante con Trombocitina (5 cc. due volte al giorno per via endomuscolare) associato al riposo assoluto ed il 16-5-34 il p. poteva essere liberato dal calcolo mediate cistostomia sovrapubica.

CASO V. — Battista C., di a. 67. Diagnosi: *Carcinoma della vescica.*

Il paziente da due mesi ematurico, dopo che in altro ospedale fu sperimentata senza successo la radiumterapia, fu inviato a noi per la cura chirurgica. La cistoscopia e una cistografia dimostrarono l'esistenza di un estesissimo tumore a tipo infiltrativo inoperabile.

L'uso della Trombocitina valse a frenare la perdita di sangue che non mostrava risentire alcun beneficio dalle lavande di antipirina al 4 %. Poche ore dopo l'iniezione intramuscolare di 5 cc. di Trombocitina l'ematuria cessava, per riprendere una volta cessata l'azione del medicamento. In 4ª giornata, dopo un totale di 12 iniezioni (da 5 cc.), le urine divennero limpide e tali si conservarono sino a che il paziente dopo trenta giorni di degenza veniva dimesso.

CASO VI. — Angela C., di a. 26. Diagnosi: *Calcolosi bilaterale dell'uretere pelvico.*

La sintomatologia presentata da questa paziente consistette in due distinte coliche: prima a destra, poi a sinistra, con caratteristica irradiazione verso la vescica e la radice della coscia. La diagnosi esatta di sede venne posta radiologicamente. Il cateterismo ureterale offrì difficoltà per l'ematuria che intorbidava continuamente il liquido iniettato in vescica.

La paziente fu trattata a scopo preventivo e curativo con iniezioni intramuscolari di Trombocitina (10 cc. pro die) ed il giorno 2-3-34 poteva essere operata con successo di ureterotomia sinistra.

CASO VII. — Ernesto F., di a. 45. Diagnosi: *Calcolosi renale sinistra.*

L'ematuria intensa, che persisteva da due settimane, fu trattata per tre giorni continui con iniezioni intramuscolari di 15 cc. pro die di Trombocitina (tre iniezioni da 5 cc.).

Divenute chiare le urine, il 4-5-34 si procedette all'estrazione di un grosso calcolo intraparenchimale del polo superiore del rene. Per prevenire a frenare la nefrorragia postoperatoria, furono tosto iniettati 5 cc. di Trombocitina endovena ed infatti, l'ematuria fu di breve durata e di entità trascurabile. Decorso postoperatorio normale.

CASO VIII. — Giovanni C., di a. 30. Diagnosi: *Tubercolosi renale destra.*

Una ematuria improvvisa fu la manifestazione che indusse il paziente a farsi ricoverare in Clinica.

Il trattamento con Trombocitina (10 cc. pro die intramuscolari) permise di arrestare la perdita di sangue e di poter espletare gli esami che condussero a porre la diagnosi di tubercolosi renale destra. A causa dello stato anemico dell'infermo (2.300.000 eritrociti), si ritenne prudente continuare per due settimane le iniezioni di Trombocitina (5 cc. due volte al giorno) e si potè quindi sottoporlo con successo a nefrectomia.

CASO IX. — Alfredo P., di a. 23. Diagnosi: *Contusione renale e frattura delle apofisi trasverse di sinistra L. I-II.*

Il paziente, di professione muratore, cadde da una impalcatura dall'altezza di tre metri, urtando contro un trave il fianco sinistro. Trasportato in Clinica in istato di chock, fu cateterizzato: urine fortemente ematiche.

Iniezioni endovenose di 5 cc. di Trombocitina, ripetute tre volte al giorno; in terza giornata le urine divennero chiare, presentando solo qualche eritrocita nel sedimento e traccie di albumina. Dopo cinque giorni urine normali.

CASO X. — Piera S., di a. 31. Diagnosi: *Cirrosi ipertrofica di Hanot.*

La paziente si presentò il 14-4-34 con ittero, epatomegalia, temperatura sub-febbrile, feci ipocoliche; frequenti erano le epistassi e le enterorragie.

L'itero era insorto da quattro mesi insidiosamente senza sintomi dolorosi.

L'insistenza dei fatti emorragici indusse a praticare iniezioni intramuscolari di 10 cc. di Trombocitina al giorno, che furono continuate prima e dopo l'intervento operativo: colecistostomia (30-4-34).

La perdita di sangue dai tessuti incisi fu scarsissima e non si verificarono ulteriori emorragie.

CASO XI. — Maria O., di a. 36. Diagnosi: *Colecistite calcolosa.*

Cura (20-1-34): colecistostomia.

CASO XII. — Teresa L., di anni 52. Diagnosi: *Colecistite calcolosa con subittero.*

Cura (12-2-34): colecistectomia.

CASO XIII. — Lidia E., di anni 30. Diagnosi: *Colecistite calcolosa.*

Cura (15-7-34): colecistectomia ideale.

CASO XIV. — Ludovico B., di a. 44. Diagnosi: *Colecistite calcolosa con subittero.*

Cura: colecistectomia ideale.

CASO XV. — Luigia S., di a. 25. Diagnosi: *Calcolosi del coledoco; ittero e feci ipocoliche.*

Cura (29-7-34): coledocotomia.

CASO XVI. — Maria B., di anni 42. Diagnosi: *Colecistite calcolosa purulenta; fegato grosso, debordante di quattro dita l'arcata costale di destra.*

Cura (28-8-34): colecistostomia.

In tutti questi casi venne istituito un trattamento preventivo e postoperatorio con iniezioni intramuscolari di 5 cmc. di Trombocitina, praticate due volte al giorno nei quattro giorni immediatamente precedenti e seguenti l'intervento. Questo potè compiersi quasi senza perdita di sangue e non si ebbero a lamentare emorragie o formazioni di ematomi delle pareti addominali che turbassero il decorso post-operatorio.

In tutti questi casi fu ricercato il tempo di coagulazione, usando il metodo di Galata, e si constatò un aumento ben netto della coagulabilità del sangue dopo l'iniezione di Trombocitina.

CASO XVII. — Pietro B., di a. 20. Diagnosi: *Ulcera duodenale.*

Entra in Istituto per enterorragia: pallore spiccato del volto, sudori freddi, estremità fredde, polso piccolo, molle, frequente, addome leggermente teso e dolente.

Il paziente, che da tre anni accusava dolori all'epigastrio dopo i pasti, accompagnati talora da vomito, era stato colpito poche ore prima da lipotimia.

Messo a letto, in riposo assoluto, con vescica di ghiaccio sull'addome, gli vengono praticati una ipodermoclisi ed una iniezione endovenosa di 20 cc. di Trombocitina.

L'enterorragia non si è più ripetuta ed il paziente potè essere operato con buon esito il 26-2-34 di gastrodigiunostomia alla Von Hacker.

CASO XVIII. — Alfredo C., di a. 38. Diagnosi: *Ulcera duodenale.*

Anamnesi caratteristica di forma ulcerativa duodenale. Dopo pochi giorni di degenza ed aver praticato un accertamento radiologico, il paziente ebbe una grave enterorragia: riposo assoluto, ghiaccio sull'addome, fleboclisi, 2 iniezioni endovenose di 10 cc. di Trombocitina, a distanza di due ore l'una dall'altra. L'enterorragia è cessata completamente. Il giorno seguente l'infermo si sentiva già sollevato ed il polso era diventato valido.

Dopo una settimana, il paziente, già preparato per l'intervento, ebbe una nuova intensa melena; rapido il miglioramento dopo due iniezioni endovenose di 10 cc. di Trombocitina, praticate a mezz'ora di intervallo l'una dall'altra.

Il 4-6-34 poteva essere operato di gastro-digiunostomia alla Von Hacker; in seconda giornata due forti ematemesi. Anche questa volta, grazie al trattamento con Trombocitina (per via endovenosa), veniva frenata l'emorragia ed il paziente poteva superare la crisi ed essere dimesso in buone condizioni il 25-6-34.

CASO XIX. — Angelo M., di a. 52. Diagnosi: *Cancro dello stomaco.*

Anche nei giorni precedenti l'intervento il paziente, già anemizzato da alcune ematemesi, ebbe vomiti ematici, che cedettero al trattamento con Trombocitina per via endomuscolare (15 cc. al giorno in tre volte).

Il 15-7-34 poteva essere praticata una gastrodigiunostomia palliativa. Fu tuttavia giudicato opportuno ripetere le iniezioni di Trombocitina e l'operato potè essere dimesso senza altri incidenti emorragici.

CASO XX. — Luigi G., di a. 40. Diagnosi: *Cancro dell'antro pilorico.* Uno dei pochi casi di tu-

more gastrico entrato nell'Istituto in condizioni da permettere un intervento radicale.

Il 29-7-34 veniva operato di estesa resezione gastrica alla Reichel-Polya.

In seconda giornata si ebbe un pericolosa ematemesi che cedette completamente a ripetute iniezioni endovenose di 10 cc. di Trombocitina (tre nel corso di due ore).

Il paziente potè essere dimesso guarito.

CASO XXI. — Leonardo M., di a. 50. Diagnosi: *Ulcera stenosante del piloro.*
Cura: resezione, secondo Reichel-Polya (16-4-34).

CASO XXII. — Angela C., di a. 60. Diagnosi: *Stenosi pilorica cicatriziale.*
Cura: resezione secondo Reichel-Polya (21-5-34).

CASO XXIII. — Carlo R., di a. 40. Diagnosi: *Ulcera duodenale con fistola coledoco-duodenale.*
Cura: resezione secondo Reichel-Polya (9-6-34).

CASO XXIV. — Ernesto V., di a. 61. Diagnosi: *Ulcera-cancro del piloro.*
Cura: resezione secondo Reichel-Polya (9-8-34).

Tutti questi pazienti (XXI-XXIV) furono trattati prima e dopo l'intervento con iniezioni intramuscolari quotidiane di 5 cmc. di *Trombocitina*. Non si verificò dopo resezione nessuna emorragia e, tranne il caso XXIV morto in undicesima giornata per adinamia cardiaca, poterono essere dimessi guariti.

Risultati talora brillanti si ebbero inoltre nei casi nei quali il focolaio emorragico poteva essere trattato direttamente con l'applicazione locale di tamponi di garza imbevuti di *Trombocitina.*

CASO XXV. — Clemente M., di a. 40. Diagnosi: *Emorroidi interne sanguinanti.*
Cura: Withead (17-6-34).

CASO XXVI. — Giuseppe D., di a. 27. Diagnosi: *Emorroidi interne ed esterne sanguinanti.*
Cura: Withead (22-8-34).

CASO XXVII. — Rosa R., di a. 53. Diagnosi: *Cancro del retto.*
Cura: ano iliaco definitivo (28-2-34).

CASO XXVIII. — Edoardo B., di a. 51. Diagnosi: *Cancro del retto inoperabile.*

Dal complesso delle osservazioni e sovratutto dai risultati particolarmente convincenti ottenuti in forme gravi di emorragia, quali quelle pertinenti i casi I, III, V, X, XVII, XVIII, XIX e XX, debbo concludere che la Trombocitina possiede in alto grado le qualità specifiche di emostatico.

Episodi emorragici, verso i quali poche ed infide sono le nostre risorse, e che talora vengono a frustrare l'opera del chirurgo, *trovano*, secondo l'esperienza che abbiamo documentata, un valido mezzo curativo nella Trombocitina, appunto per la sua attività pronta e costante.

Sono questi pregi che ci inducono a persistere nell'uso della Trombocitina, a diffonderne l'impiego ed a preferirla, fra tutti i coagulanti, in tutti quei casi in cui occorra praticare una emostasi rapida e sicura.

Pavia, 30 settembre 1934.

RIASSUNTO.

L'A. ha sperimentato in 28 casi l'attività emostatica della Trombocitina, che è il citozima isolato allo stato puro dagli organi freschi dei mammiferi.

Secondo l'A., il nuovo coagulante, per l'attività pronta e costante che ha manifestato, possiede in alto grado le proprietà specifiche di emostatico e rappresenta un valido mezzo curativo delle emorragie, da preferirsi ad ogni altro in tutti quei casi in cui occorra praticare una emostasi rapida e sicura.

BIBLIOGRAFIA.

A. SCHMIDT. Beitr. z. Beutlehre, Bergmann, 1895.
J. BORDET. Ann. Inst. Pasteur, 34561, 1920.
W. H. HOWELL. Amer. Journ. of physiol., v. 2677, 1910.
A. MATHEWS. Chimica Fisiologica, vol. II, 1931.

SUNTI E RASSEGNE.

STATI MORBOSI INIZIALI.

Sui sintomi prodromici della tisi.

(A. KIRCH. *Wiener Arch. f. inn. Medizin.* Vol. 27, n. 2, 6 luglio 1935).

Col nome di tisi, l'A. intende ogni forma infiltrante distruttiva della tubercolosi polmonare, senza riguardo alla patogenesi. Il problema della patogenesi appare oggi non meno importante di un tempo, se anche le ricerche radiologiche hanno dimostrato che invece dell'inizio apicale si ha molto spesso l'infiltrato precoce subapicale.

Ora, come un tempo, la tisi costituisce la forma praticamente più importante della tubercolosi polmonare, per la sua relativa frequenza e per il suo grave significato per l'individuo come per la società. È raro però che noi vediamo svolgere sotto i nostri occhi il processo tisico, sicchè è interessante il conoscere quali sono i sintomi prodromici di questa condizione, anche per gli opportuni provvedimenti terapeutici da prendersi al più presto.

Un tipo abbastanza stereotipato può essere il seguente. Il paziente si presenta informando che da tempo (giorni o settimane) ha elevazioni di temperatura (37°,5-37°,6), con senso di stanchezza e facilità ai sudori. Reperto fisico in complesso negativo, tutt'al più un apice un po' retratto; l'esame radiologico mostra un oscuramento degli apici oppure un delicato

cappuccio (Kappe) pleurico apicale. Tempo fa, in base a tale complesso, si sarebbe parlato subito di « apicite », imbevuti come si era della dottrina dell'inizio apicale della tisi. A questa si è venuta sostituendo in seguito quella dell'infiltrato precoce; mentre, d'altra parte, numerosissime ricerche e prolungate osservazioni hanno dimostrato che tali minimi segni clinici e le lievi modificazioni radiologiche sono nella maggior parte dei casi del tutto innocenti. L'osservazione prolungata per un anno è più non fa vedere nessun cambiamento nella maggior parte dei casi; in altri, invece, entro un anno od anche 6 mesi, si hanno tipiche lesioni tisiche, ombre a focolaio confluenti, reperto positivo degli sputi e talora anche sicuri segni di fusione.

Anche i dolori alle spalle ed alla schiena, che vengono spesso considerati come segno di affezione toracica od apicale dipendono spesso da altre cause. Così pure il fenomeno della « succulenza » descritto da Sorgo (difficoltà di fare una piega cutanea, rispettivamente grossezza di tale piega) che viene interpetrato come dipendente da sinechia pleurica od inspessimento della pleura parietale, si trova insieme con la sensibilità del M. trapezio alla pressione ed alla rigidità della muscolatura in individui che sottopongono a sforzi stereotipati i loro muscoli (sarte, dattilografe) ed è da riportarsi ad una mioipertonia, eventualmente con stasi linfatica.

Questi così detti sintomi di apicite sono pertanto da considerarsi senza significato come segni prodromici di tisi; il che non toglie che in molti casi, essi siano da considerarsi come tubercolosi « invisibile » o come tubercolosi giovanile nel senso di Hollòs, forme occulte che rimangono rudimentarie, forse anche dovuti a pleurite a ripetizione od a tubercolosi miliare discreta.

* * *

Interessante per la genesi della tisi è una osservazione dell'A. di una ragazza di 19 anni presentatasi a lui per un'emottisi. Esame fisico negativo, salvo un lieve restringimento del campo di Krönig; così pure negativo l'esame radiografico e tale lo era stato anche nei tre anni precedenti in cui la paziente si lamentava di dolori e punture alle spalle ed al torace. Ciò nonostante a causa dell'emoftoe, la paziente viene ricoverata in sanatorio dove, tre mesi dopo, si hanno modificazioni radiologiche interpetrate come infiltrato precoce, con reperto positivo dei bacilli.

Dal punto di vista anamnestico, si dovrebbe ammettere che la tubercolosi rimontava a 4 anni addietro, forse a localizzazione apicale e quindi di difficile dimostrazione radiologica. L'emoftoe può essere considerata come dovuta ad un focolaio congestizio apicale o ad un'angite tubercolare. Secondo l'A., si è trattato in questo caso di un processo tubercolare della parte superiore del polmone sinistro durato per anni e che ha dato le sensazioni toraciche sgradevoli; ad esso è succeduta una reinfezione endogena, interpetrata erroneamente come infiltrato precoce.

Si deve quindi ammettere la possibilità di focolai apicali preesistenti per la genesi di infiltrazioni tubercolari in immediata vicinanza del focolaio primario.

L'A. è poco favorevole alla denominazione di infiltrato precoce. Radiologicamente, si possono vedere durante un'ondata influenzale degli inspessimenti polmonari che non sono affatto tubercolari. Nel caso, poi, di tubercolosi, tale infiltrato dovrebbe essere considerato come una manifestazione precoce di tale infezione. Ora, nel caso dell'A., ad esso sono precedute delle modificazioni polmonari rimaste sconosciute radiologicamente, quindi, più che di infiltrato precoce, si dovrebbe parlare di infiltrato pretisico.

In questi casi, l'A. vorrebbe adottare la denominazione di infiltrato singolo, contrapponendola a quella di infiltrati multipli che appaiono in certo modo simili a metastasi tumorali. L'infiltrato singolo, poi, può costituire l'inizio della formazione di una caverna, come pure retrocedere e finire riassorbito o per atelettasia.

Un altro tipo di emoftoe iniziale è dato dal caso seguente. Un musicista di 22 anni, (padre affetto da anni da forma ulcero-fibrosa) si sente poco bene da un paio di settimane; temperatura 38°-38°5). Improvvisamente, abbondante emottisi. All'esame, ottusità del lobo inferiore sinistro, con rantoli crepitanti, respiro bronchiale (quasi patognomico per l'infiltrazione polmonare tubercolare) verso la base. L'esame radiologico che qualche tempo prima era stato negativo diede, dopo l'emoftoe, ombra omogenea del campo inferiore sinistro.

In questi casi, si pensa che l'emoftoe possa ammettersi come causa dell'infiltrato del lobo inferiore (aspirazione del materiale dal lobo superiore malato). L'A. esclude tale genesi, per il fatto che erano preceduti dei sintomi morbosi e che mancavano segni di lesioni nel lobo superiore. L'emoftoe va quindi ritenuta non la causa ma la conseguenza dell'infiltrazione tubercolare.

Tale caso è anche interessante per un'altra ragione. Generalmente, si considerano come controindicati i preparati di oppio nell'emoftoe, nel timore di impedire, con la soppressione dello stimolo della tosse, l'espettorazione del sangue stravasato e, quindi, di favorire il focolaio d'infiltrazione. Attribuendo questo ad un'altra patogenesi, i preparati calmanti si considerano sotto un altro aspetto e possono somministrarsi.

L'A. riporta un'altra osservazione di una donna di 38 anni ricoverata in ospedale con

stanchezza, malessere generale, perdita di peso, sudori; esame degli organi ivi compreso quello radiologico, del tutto negativo, sicchè si pensa ad un'ipertireosi, apparentemente convalidata da aumento del metabolismo basale. Dimessa dall'ospedale, si ammala e 10 settimane dopo, le si trova clinicamente e radiologicamente tisi ulcero-fibrosa, con reperto positivo dei bacilli, mentre nulla vi è che confermi la diagnosi di ipertireosi dapprima fatta. Si deve ammettere che come primo sintoma di una tubercolosi ematogena siano state le manifestazioni anatomiche e funzionali della tiroide.

Questa interdipendenza fra tubercolosi e funzione tiroidea era già stata messa in luce precedentemente. L'A. insiste sul fatto che un aumento del metabolismo basale può costituire un sintoma premonitorio della tisi. In complesso, l'A. rileva essenzialmente la possibilità dell'inizio apicale della tisi, ammettendo che vi possano essere dei sintomi che servono da ponte fra i primi disturbi subbiettivi ed i primi segni obbiettivi. *fil.*

La diagnosi precoce del carcinoma gastrico.

(L. Bayer. *Deutsche med. Wochens.*, 13 settembre 1935).

La diagnosi precoce del carcinoma gastrico è importante sotto due punti di vista: 1) perchè l'intervento chirurgico (tralasciando i pochi casi in cui possono applicarsi i raggi) può dare tanto maggiori speranze quanto più precocemente è fatto; 2) perchè la sua eseguibilità dipende da una serie di fattori, che non possono giudicarsi in base al grado dei disturbi subbiettivi, ma che saranno tanto più favorevoli quanto più presto è fatta la diagnosi. Ne derivano due conseguenze: *a*) che ogni individuo in cui si sospetti un carcinoma gastrico deve essere sottoposto a tutte le ricerche allo scopo di convalidare od escludere tale diagnosi; *b*) se il medico non può da sè procedere a tutte le ricerche, deve inviare il paziente ad altro collega od in un Istituto adatto; in modo da sottoporre subito il paziente all'atto operativo se la diagnosi è confermata.

Purtroppo, con tutti i progressi della diagnosi, il carcinoma gastrico viene a lungo misconosciuto e si presenta troppo tardi al chirurgo, perchè disgraziatamente è proprio nel carattere di questa malattia perfidamente insidiosa di non dare per lungo tempo che scarsi o punti disturbi. I malati vanno a consultare il medico generalmente per dei disturbi di qualche organo, più raramente perchè hanno una brutta cera o si accorgono di perdere di peso. Ma anche a dei disturbi dell'organo, spesso i malati passano sopra. Gli individui di stomaco sano, quelli che digerirebbero le pietre credono spesso che si tratti di qualche molestia passeggera; sono proprio gli individui robusti che mal volentieri si lagnano. Ed anche quelli che sono sempre vissuti con il timore ansioso del cancro, ai primi sintomi della vera malattia fanno come lo struzzo che nasconde la testa sotto la sabbia e non vogliono sentire a parlare dei loro disturbi. Quanto a quelli, poi, che sono sempre stati sofferenti di stomaco credono che si tratti di recidive del loro male consueto, in quanto che il dolore e la mancanza di appetito sono per loro una consuetudine e quando pensano che realmente si tratti di qualche cosa d'altro, vanno dal medico, ma generalmente troppo tardi.

Ma la colpa dei cattivi risultati chirurgici nel cancro gastrico è in parte da attribuirsi anche al medico. La lunga conoscenza del malato e della famiglia non sempre impedisce gli errori (spesso anche li facilita; *n. d. R.*). Nella parentela non vi è mai stato nessun caso di carcinoma; il paziente è ben noto da anni al medico, che lo ha sempre considerato come un esempio di forza e salute ed i lievi disturbi non caratteristici non preoccupano nè i parenti, nè il medico, che spesso li attribuisce ad un catarro gastrico; sono spesso incominciati con l'uso di bevande fredde, mentre il paziente non ha cambiato colorito nè è diminuito di peso. Non si pensa ad esigere un sifonaggio dello stomaco nè una ricerca radiologica; intanto il medico si limita a consigliare dei cibi più leggeri, degli spasmolitici ed il paziente si sente un po' meglio; ma il male continua e quando dopo alcune settimane ci si decide ad un esame completo, il carcinoma è già troppo avanzato.

Casi di tal genere sono noti ad ogni medico, ma non è inutile accennarvi parlando dei metodi di diagnosi. Poichè, se questa non si fa a causa dell'insufficienza dei metodi, nessuna colpa va attribuita al medico, ma la coscienza ci deve rimordere quando non abbiamo utilizzato i metodi a nostra disposizione e lo abbiamo fatto in modo inadatto ed insufficiente. Più che alla rapidità dei metodi, si badi alla precisione, tenendo presente che una diagnosi insufficiente costituisce un ben peggiore sciupìo di tempo.

Esclusa per ora la possibilità di una reazione che abbia almeno la precisione della Wassermann, ci dobbiamo affidare ai metodi seguenti.

Anamnesi accurata.

Costituisce la migliore preparazione per la diagnosi. Se anche non conosciamo attualmente nulla di preciso sulla ereditarietà, è certo che vi sono delle famiglie a cancro e non è quindi tempo perduto l'indagare se qualcuno dei genitori, dei nonni od altri parenti ha avuto cancro. Comunque, la mancanza di casi di cancro in famiglia non costituisce una prova contro l'ipotesi del cancro.

Nell'anamnesi personale, si ricercheranno

tutti i possibili disturbi gastrici: anche qui, nulla di caratteristico e, così pure, nulla di incompatibile di una ulcera precedente con un susseguente carcinoma: vi sono, anzi, dei casi di ulcero-carcinoma, cioè di carcinomi installatisi sopra il callo di una vecchia ulcera.

I disturbi accusati consistono per lo più in quelli consueti ad osservarsi negli individui con catarro cronico, stomaco debole o nervoso.

Un senso indeterminato di pressione o di ripienezza è spesso un sintoma precoce, come pure un dolore preciso che, quando è intermittente ed a tipo di contrazioni, fa pensare alla stenosi; quando è permanente, si tratta sempre di una malattia seria, eventualmente di un cancro penetrante del corpo.

La mancanza di appetito è un sintoma da cui si possono trarre soltanto delle conclusioni caute. Quando però si manifesta senza una causa evidente in un individuo che dapprima era di buon appetito, un buon mangiatore, ha una grande importanza specialmente se vi è un particolare disgusto per la carne. Un sapore disgustoso in bocca od il fiato puzzolente sono spesso sintomi precoci, ma di scarso significato e così pure il vomito occasionale, mentre quello continuato ha grande importanza (stenosi).

Quasi più importanti sono i sintomi generali: malessere, perdita di peso e di forze, sudori notturni, stanchezza, disturbi del sonno, irritabilità, una « brutta cera » che viene spesso avvertita dai familiari.

Tutti questi disturbi non sono tali da condurre il paziente dal medico dall'oggi al domani ed il paziente stesso non sa fissarne l'inizio; possono durare settimane, mesi, fino ad un anno e non si sa ancora perchè talvolta un piccolo carcinoma dia dei sintomi generali cachettici molto più gravi e precoci che un carcinoma grosso. Dallo stato generale del malato, non si deve quindi mai concludere sull'estensione del male.

Nonostante che sia raramente tipica, l'anamnesi è importante perchè essa può fornire al medico esperto il filo conduttore per orientarsi in questo campo e procedere ad ulteriori ricerche.

L'esame del malato.

Incominciare sempre con l'ispezione: il colorito della pelle (presenza di ittero - carcinoma inoperabile); il colorito cereo è caratteristico per il carcinoma, ma molto dipende anche dal colorito originale del paziente, poichè quelli che erano piuttosto pigmentati assumono un pallore grigio come di argilla. Importante è anche il turgore, in quanto che specialmente nei magri la pelle si fa secca (mummificazione). Nei magri, si può eventualmente vedere una tumefazione all'addome e, nel caso di cancro del piloro vedere anche delle onde peristaltiche; così pure si possono trovare delle metastasi precoci specialmente alla fossa sopraclavicolare.

Nella palpazione, che va fatta con le pareti addominali molto rilasciate, tener presente la possibilità di pseudotumori, dovuti a callosità, ad ipertrofie piloriche. I tumori del piloro, del seno e della parte inferiore del corpo sono più facilmente palpabili, mentre non si sentono mai quelli della parte superiore e della curvatura. Palpare accuratamente anche il fegato.

Si comprende che, mentre il reperto positivo della palpazione ha una estrema importanza, quello negativo non ne ha alcuna. Si tenga poi presente che la grossezza del tumore non ha nulla a che fare con la malignità.

Metodi di laboratorio.

Importante è l'esame del contenuto gastrico a digiuno. La presenza di abbondante succo acido rivolge i sospetti verso l'ulcera; un forte contenuto di muco fa pensare alla gastrite cronica. Molto sospetto, se pure non assolutamente decisivo è il reperto di residui alimentari 8 ore dopo l'ultimo pasto; si ricerchi fra i residui la presenza eventuale di detriti del tumore, riconoscibili all'esame istologico (ricercare anche le eventuali cellule nel sedimento). La presenza di sangue (puro od ematizzato) è importante, ma va convalidata con la ricerca del sangue nelle feci.

Nell'esame chimico, si ricerca anzitutto l'acido cloridrico. La sua mancanza ha grande importanza, mentre invece esso si può riscontrare in limiti normali anche nel carcinoma. La presenza di acido lattico (assicurarsi che lo stomaco è vuoto prima del pasto di prova!) ha un grande significato, tanto più che dalle ricerche di Warburg risulta che esso è un prodotto del ricambio del carcinoma; ma la sua mancanza non depone in modo sicuro contro il carcinoma.

Di grande significato è la presenza del *sangue occulto nelle feci*. La ricerca, con una buona metodica, va continuata per 4-8 giorni ed in tal caso, la negatività depone contro il carcinoma. Rarissime sono le ulceri che sanguinano continuamente quando sono sotto cura; così pure rare sono le notevoli emorragie nel carcinoma. Fra tutti i sintomi, il più importante è appunto la presenza del sangue occulto nelle feci.

Beninteso, si devono eventualmente escludere le malattie intestinali che possono decorrere con emorragie e non arrestarsi alla prima prova negativa.

Ricerca radiologica.

In mano al medico specializzato (e soltanto ad esso!) la radiologia può fornire risultati decisivi; non deve essere però cieca la fiducia nel metodo, ma soltanto tener presente che lo specialista formatosi in lunghi anni di lavoro

può dare in materia un giudizio di grande valore.

Essenziale è l'osservazione radiologica fatta con tutte le finezze della tecnica (palpazione, posizioni diverse del paziente, ecc.), in cui si faranno di tanto in tanto delle radiografie a titolo documentario. Si osserveranno la peristalsi, la motilità, la forma e la posizione, la mobilità passiva, il tono, le condizioni dello svuotamento. Il giudizio va basato meno sul singolo disturbo che sul meccanismo complessivo della funzione.

In un primo tempo, si dava il massimo peso ai difetti di riempimento; importanti anche oggi, essi sono però superati dal procedimento del rilievo che permette di stabilire lo stato della parete interna e di scoprirvi le fini modificazioni. Così le pieghe dello stomaco normale dal movimento caratteristico si vedono interrompersi al margine del tumore od irrigidirsi. Ma anche la parete gastrica non presa dal tumore, spesso è modificata da processi secondari, in modo che la delimitazione col tumore non è più netta. Inoltre, si deve tener presente che difetti di riempimento e interruzione delle pieghe possono aversi anche per tumori extragastrici ed è quindi necessario che chi fa la ricerca possa conoscere tutto questo per impedire errori che, ciononostante, talvolta si commettono.

Difficile e spesso impossibile è la diagnosi differenziale fra ulcera callosa e carcinoma ulcerato, come pure con l'ulcera degenerata in cancro. In tali casi, lo stato del rilievo offre basi importanti per il giudizio.

Senza entrare in altri particolari di radiologia, è essenziale che si consideri la ricerca radiologica del massimo valore per una diagnosi precoce del carcinoma gastrico.

Di grande significato sarà indubbiamente la *gastroscopia* quando la sua tecnica ed il suo strumentario saranno perfezionati e resi più accessibili.

Non si deve poi mai trascurare la *ricerca ematologica*: la velocità di sedimentazione è per lo più accelerata; i valori di emoglobina si abbassano verso i limiti minimi. Si trova spesso il quadro atipico dell'anemia secondaria, che eventualmente può rassomigliare a quello della perniciosa; in tal caso, può servire come criterio differenziale la ricerca dell'urobilina nelle feci, che nell'anemia di Biermer aumenta, nel carcinoma diminuisce.

In complesso, purtroppo, la diagnosi precoce del carcinoma gastrico dipende dall'iniziativa del paziente. Ma una volta che questi è arrivato nella mani del medico, questi non deve perdere tempo e tener presente che una diagnosi, che faccia astrazione dai metodi di ricerca chimica del succo gastrico, dalla ripetuta ed accurata ricerca del sangue occulto nelle feci, dallo studio radiologico, porterà in sè tali lacune da renderla fallace. *fil.*

TERAPIA.

Le variazioni dell'attività medicamentosa.

(G. e R. LEVEN. *La Presse méd.*, 24 ag. 1935).

L'azione dei medicamenti è soggetta ad influenze multiple estranee al dominio della farmacodinamica e dipendenti da chi li prescrive, dal modo con cui li prescrive e da chi li utilizza. È utile conoscere tali influenze allo scopo di ottenere dai medicamenti il massimo di attività.

INFLUENZA PSICHICA DEL MEDICO E DEL MEDICAMENTO.

Gli AA. insistono sulla necessità di guadagnarsi la confidenza del malato il quale, fra l'altro, ha due timori, quello di avere una malattia grave e quello che la sua malattia sia eccezionale, sicchè la medicina non la conosce o la conosce male. Fino a che sussisteranno tali timori, la terapia sarà inefficace; basta talora un esame radioscopico per convincere e rinfrancare il paziente.

Quando poi il medico decide la prescrizione, si deve guardar bene dal dire al malato di prendere quel dato medicamento, di cui si proverà l'effetto su di lui; questa è forse onestà scientifica, ma è errore psicologico e, quindi, terapeutico.

Bisogna anche guardarsi dall'affermazione di cronicità o di inguaribilità della malattia.

Anche il nome del rimedio può avere la sua importanza; bisogna soprattutto andar guardinghi con i medicamenti conosciuti dal malato. In tali casi, può essere utile il prescriverli con il nome chimico (acido acetil-salicilico invece di aspirina; fenil-etil-malonilurea invece di gardenal, NaBr invece di bromuro di sodio, ecc.). Assai spinosa si presenta la questione quando il malato legge sul prospetto della specialità le varie malattie per cui essa è indicata e si allarma in modo ingiustificato.

INFLUENZA DEL SISTEMA NERVOSO SULL'AZIONE DEL MEDICAMENTO.

Non è raro osservare che la stessa dose di un dato rimedio agisce sullo stesso malato in modo diverso secondo lo stato del suo sistema nervoso. Così, p. es., nei vomiti della gravidanza, la stessa dose di 20 cg. di gardenal data in 2 suppositori da 10 cg. nelle 24 ore determina uno stato di torpore, azione che si ha in minor grado man mano che lo stato generale migliora. Variazioni ancora maggiori si hanno nei vari individui; p. es., una dose di 10 cg. di gardenal provoca in un uomo di 30 anni una notevole sonnolenza mentre il figlio di 6 anni non ne risente alcun disturbo.

L'influenza del sistema nervoso è tale che ogni fattore che ne diminuisce l'irritabilità può essere utilizzato come « rinforzatore » della me-

dicazione prescritta. Ora, per diminuire tale irritabilità è opportuno, secondo gli AA., fare intervenire la dietetica.

INFLUENZA DELLA DIETETICA.

La dietetica che gli AA. trovano utile allo scopo indicato è dominata dal concetto della diminuzione degli alimenti e delle bevande. Essi ne hanno avuto la conferma nella cura di molti malati, affetti da crisi comiziali, cardiaci od altri; hanno veduto malati inutilmente curati che, con lo stesso rimedio e la dietetica consigliata dagli AA. hanno risentito giovamento dai rimedi.

Gli AA. fanno intervenire l'azione dell'irritazione del plesso solare che ha cause multiple (gastriche od extragastriche) e che si può trasmettere a tutti i centri nervosi, provocando delle sindromi varie. È tale irritazione che modifica altresì le reazioni di difesa cellulare e contribuisce a modificare e soprattutto ad attenuare l'azione di un rimedio. L'azione invece può essere rinforzata e le dosi possono essere diminuite se, mediante un'alimentazione adatta, si diminuisce l'irritazione del plesso solare.

Gli AA. dimostrano quindi l'importanza di un regime adatto unito alla somministrazione di bromuro di sodio (2 gr. al giorno) nei dispeptici con narcolessia post-prandiale; di una dietetica speciale, unita alla jodoterapia ed ai calmanti del sistema nervoso nel morbo di Basedow, ecc. La somministrazione di cloruro di sodio nell'insufficienza surrenale rientra nelle prescrizioni dietetiche, come pure la nota dieta di Gerson-Hermannsdorfer. Gli AA., però, non danno particolari sui regimi consigliabili nei singoli casi. *fil.*

Sull'uso del piramidone.

(H. DENNIG. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 23 agosto 1935).

Negli ultimi anni sia sulla stampa medica che in quella quotidiana sono comparsi articoli che denunziano i danni che può provocare il piramidone o amidopirina, il quale ora è impiegato in larga scala anche in unione con preparati barbiturici.

Recenti ricerche hanno in effetti assodato che vi sono particolari stati d'idiosincrasia, per i quali gli individui che ingeriscono il piramidone vanno soggetti ad un'agranulocitosi ossia alla sindrome descritta da Schultz nel 1922: grave angina necrotica con diminuzione del numero dei leucociti e quasi completa scomparsa dei polimorfinucleati, una grave condizione che può produrre la morte in pochi giorni.

Prima di discutere questi effetti del piramidone conviene precisarne le proprietà terapeutiche:

1) Innanzi tutto il piramidone ha un'azione antinevralgica che spiega efficacemente nelle cefalee, nei dolori dentarî e simili.

2) Il piramidone è un potente antitermico. E per tale proprietà riesce utile non solo nelle infezioni acute di breve durata, come la polmonite, ma anche in quelle con lungo decorso, come il tifo, la sepsi, la tubercolosi anche quando siano accompagnate da astenia, dimagrimento e inappetenza. Ma conviene sapersi regolare, tenendo presente che dosi relativamente piccole possono ridurre e tener bassa la temperatura per un tempo sufficiente, mentre grandi dosi date tutto in una volta possono produrre un grave collasso.

3) Di recente Schottmüller ha vantato l'azione del piramidone a grandi dosi (2-3 gr. al giorno) nelle cure del reumatismo articolare. Secondo l'esperimento fatto da molti autori sembra che esso si mostri perfino superiore ai salicilici. Ma la quantità di piramidone che bisogna somministrare può provocare disturbi di stomaco, e perciò è conveniente propinarlo per via rettale per enteroclisi o suppositorio. Anche nel reumatismo cronico si può dopo qualche mese notare un sensibile miglioramento, la rigidità articolare diminuisce ed i movimenti diventano più liberi.

Questi fatti dimostrano che il piramidone costiuisce un medicamento di notevole valore. Dopo di che conviene valutare i suoi svantaggi, e sopratutto il pericolo dell'agranulocitosi.

Al riguardo l'A. rileva che negli ultimi anni ha curato centinaia di malati con grandi dosi di piramidone senza mai osservare un caso di agranulocitosi.

L'esame sistematico del sangue praticato con Krause in 50 di tali malati non ha mai dimostrato l'esistenza di alterazioni che provassero una qualsiasi tendenza all'agranulocitosi. Eppure la maggior parte dei malati hanno preso piramidone per mesi e mesi. Due donne nello spazio di tre anni ne hanno assorbito 600 grammi una e un kilogrammo e mezzo l'altra, e non hanno mai presentata una qualsiasi modificazione della formola leucocitaria. Anche in due individui, nei quali la idiosincrasia per il piramidone si manifestava con esantemi, mai si notarono alterazioni granulocitiche.

Si può quindi concludere che l'indiosincrasia verso il piramidone, che si estrinsechi con l'agranulocitosi è senza dubbio straordinariamente rara. Forse solo su migliaia e migliaia di individui se ne trova uno che reagisce in tal modo.

Ma conviene subito notare che siffatta idiosincrasia, e forse anche meno rara, si ha per altri medicamenti. È noto che l'agranulocitosi può comparire dopo cure di salvarsan. È stata anche osservata la comparsa di un'altra malattia del sangue, la porpora trombopenica a seguito di ingestione iodio o di sedormid.

Comunque gli eventuali, rari inconvenienti non possono fare abbandonare un medicamento i cui benefici effetti sono incontestabili.

Certo nelle malattie infettive acute nè con il piramidone nè con altri mezzi si può avere ragione del male, nel senso che non si può riuscire ad abbreviarne la durata, nè a diminuire il numero delle complicazioni. Forse si può dare un qualche sollievo all'infermo, vantaggio che però è scontato dall'inconveniente che modificando notevolmente il quadro morboso, specie per quel che riguarda la temperatura, si corre il rischio di commettere errori diagnostici.

Tenuto conto di quanto si è detto, e tenuto conto altresì che l'agranulocitosi si inizia con un'angina, è consigliabile di astenersi dal somministrare il piramidone in tutte le forme di angina, o di sospenderne la somministrazione quando compare questa localizzazione.

Con queste precauzioni si può ancora e sempre adoperare largamente il piramidone. Esso rimane sempre un buon antipiretico, un ottimo antinevralgico, e un medicamento che va sempre tentato nella cura del reumatismo articolare acuto e cronico. DR.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

GINO MELDOLESI. *La miopatia primitiva cronica progressiva.* (*Distrofia muscolare progressiva*). Volume di pagg. VIII-288, con 53 illustrazioni nel testo. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 40.

Riportiamo la significativa Prefazione scritta dal Clinico Medico di Roma per questa interessante monografia del prof. Meldolesi:

« Le nostre conoscenze in tema di miopatie in genere e di distrofia muscolare progressiva in ispecie, sembravano da lungo tempo entrate in una fase statica.

« Ma già le prime indagini sul meccanismo di azione e i risultati della glicocolla impostavano una prima nuova interessante corrente di idee.

« E ora il prof. Meldolesi Gino, ripresa la questione dalle fondamenta e procedendo alla revisione della materia con orientamento mentale squisitamente clinico sulla base di una numerosa casistica raccolta nel corso degli anni, e compiendo nuove e interessantissime ricerche nei più vari campi e settori e secondo i più moderni indirizzi, mostra quanto ancora vi fosse da fare nell'interessante ed oscuro capitolo che ne risulta tutto rinnovato, coordinato, modernizzato.

« D'onde l'attuale felice sintesi clinica, d'onde nuove indagini fruttuose e di notevole importanza sul ricambio della creatina e della mioglobina, sul comportamento elettrico dei muscoli e su talune funzioni digestive di questi ammalati, d'onde altresì nuovi orientamenti di pensiero per la genesi, il meccanismo, la cura dell'affezione.

« L'opera che in tal modo il prof. Meldolesi presenta ordinata, completa, nella quale sono bene armonizzate le nozioni classiche con i nuovi reperti dimostra una volta di più come sia scientificamente fruttuoso lavorare e indagare pertinacemente e in profondità su un determinato campo e direzione, perchè solo così procedendo si può addivenire ad acquisizioni concrete e ad importanti sintesi cliniche ».

Roma, maggio 1935-XIII.

CESARE FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

LÉON BINET. *Leçons de physiologie.* Un vol. di pag. 246 con tavole e figure; Masson et C.ie édit.; Paris 1935, Fr. 40.

Binet con la collaborazione di numerosi studiosi ha inaugurato nel suo reparto ospitaliero un insegnamento settimanale di fisiologia medico-chirurgica, la cui utilità non è a mettersi in dubbio per medici e studenti praticanti. Pertanto ogni settimana una conferenza di biologia applicata è stata tenuta alla clinica di Necker, ed ora questa prima serie di conferenze viene pubblicata riunita in un bel volume. Citiamo fra le tante quelle del Binet stesso riguardante la rianimazione, l'ateroma arterioso, l'occlusione intestinale, la pancreatite acuta emorragica, le iniezioni di olio ecc. Interessante una conferenza del compianto A. Sicard sulle grandi sindromi dolorose della faccia. André Arthus tratta dei veleni, Sureau della diagnosi biologica di gravidanza, Réne Fabre del rachitismo spontaneo e del rachitismo sperimentale; Jéramec del colibacillo, Jean Gosset della patogenesi e del trattamento delle ulceri gastro duodenali; Julien Marie del pneumotorace dei tubercolosi; Jien Patel della fisiopatologia delle embolie arteriose, ecc.

Argomenti pertanto di vasto interesse sia per la loro attualità sia per la loro importanza nell'applicazione delle acquisizioni biologiche alla medicina ed alla chirurgia pratica.

Questo primo volume è dedicato alla memoria del Sicard. MONTELEONE.

LÉON BINET. *Six conférences de physiologie.* Un vol. di pag. 70; Masson et C.ie édit., 1935, Fr. 12.

Il fisiologo di Parigi raccoglie nel presente volumetto le sei conferenze che per invito dei colleghi argentini ha tenuto nel 1934 a Buenos Ayres. In esse sono esposti i risultati delle ricerche compiute in questi ultimi anni a Parigi. Argomenti ne sono: 1° Che cosa è un polmone; 2° Ricerche biologiche e terapeutiche sull'asfissia; 3° Capsule surrenali e glutatione; 4°

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L'ipertermia provocata; 5° Alcune ricerche sui nervi; 6° Il pesce, reattivo biologico.

L'esposizione è illustrata da tavole e figure.

MONTELEONE

BRANCA e VERNE. *Précis d'histologie*, Masson & C., 1934, p. 635, 65 Fr.

Si tratta di una nuova edizione, la sesta, di un manuale già largamente noto di istologia normale; ma non si tratta affatto di una semplice ristampa, bensì di un'opera che in molti capitoli è completamente rinnovata e aggiornata, tenendo conto dei moderni indirizzi in questo campo che hanno portato, attraverso l'affinamento delle tecniche già note e l'introduzione di nuove, e ancora attraverso gli studi condotti sulle culture dei tessuti in vitro, a conoscenze più precise di istologia e di citologia.

Il manuale non ha la pretesa di essere un vero e proprio trattato di istologia; ma in esso ogni argomento è trattato a fondo, con chiarezza e modernità di vedute, con schemi e figure e con riportati in fondo ad ogni capitolo i principali riferimenti bibliografici. Le fondamentali nozioni di istologia devono essere a portata sia del biologo che del medico, ed è perciò che alla nuova edizione dell'opera non potrà mancare il successo delle precedenti.

CH.

Die Konstitution. Wesen, Bedeutung und Umstimmung. Un vol. in-8° di 108 pag., con 7 fig.; G. Thieme, Leipzig, 1935. Prezzo RM 6,50.

Nello scorso mese di maggio, si è tenuto a Bud Salzuflen, il II Corso di perfezionamento per medici, tutto dedicato alla dottrina della costituzione. Le conferenze sono qui riprodotte. La prima (La costruzione della personalità) è dovuta a Kretschmer, che è uno dei più noti studiosi dell'argomento e che ha specialmente investigato i rapporti fra tendenze psichiche e costituzione. Ne seguono altre otto, sulla costituzione neurovegetativa, su allergia e costituzione, le basi anatomiche e biologiche delle malattie reumatiche, obesità e magrezza nei rapporti con la costituzione, la donna negli anni dei mutamenti, il significato della personalità nella terapia specialmente dei cardiaci, le basi fisiche della costituzione, ereditarietà e costituzione.

Come si vede, un complesso che esamina l'importante argomento sotto vari punti di vista e che offre al lettore un efficace quadro d'insieme.

fil.

G. MOSSA. *L'anisocoria in rapporto ad alterazioni di organi della cavità addominale*. Bollettino d'oculistica, 1934.

L'A., partendo da precedenti ricerche di altri AA., ha indagato il contegno delle pupille in malati affetti da svariate condizioni morbose addominali, eliminando naturalmente quei soggetti che potessero avere alterazioni dei diametri pupillari per cause già note; e si è servito di un personale pupillometro, ricorrendo anche al metodo della anisocoria provocata mediante istallazione di cocaina. Le ricerche eseguite su 140 malati specie di appendicite cronica e di splenomegalia malarica, hanno documentato che in forte percentuale (appendicite cronica, 68 %; splenomegalia malarica, 48 %) si osserva precisamente una anisocoria pupillare con midriasi omolaterale rispetto al lato sede della condizione morbosa addominale. In altri processi morbosi (tumori epatici, ovarici, salpingite) il fenomeno si è verificato con minore frequenza. La midriasi omolaterale viene interpretata in tutti questi casi come conseguenza di un riflesso a punto di partenza dell'organo malato, e il fenomeno ha in sè un certo significato clinico.

CH.

E. SEGERDAHL. *Ueber Sternalpunktion*. Appelbergs Boktryckeriaktiebolag. Upsala.

Questa monografia, che costituisce il LXIV supplemento di *Acta Medica Scandinavica*, tratta ampiamente la puntura sternale.

Ne espone dettagliatamente la tecnica, il reperto normale e quello patologico, precisando il concorso che può dare quest'ultimo per la diagnosi differenziale delle condizioni morbose del sangue.

DR.

Nuova importante Monografia della Collezione del " Policlinico ":

Prof. GINO MELDOLESI
Aiuto nella Clinica Medica della R. Università di Roma

La miopatia primitiva cronica progressiva

(Distrofia muscolare progressiva)

con 53 illustrazioni nel testo

Prefazione del Prof. CESARE FRUGONI
Direttore della Clinica Medica della R. Univ. di Roma

Mancando lo spazio per poter riportare l'ampio svolgimento dato dall'Autore ai 12 capitoli che costituiscono questo importante studio, dobbiamo limitarci a darne il solo titolo generale.

CAP. I. **Generalità.** Pagg. 1 a 13. — CAP. II. **Semeiologia strumentale del sistema muscolare striato.** Pagg. 14 a 36. — CAP. III. **Sintomatologia clinica.** Pagg. 37 a 98. — CAP. IV. **Stato funzionale dei diversi organi e apparati.** Pagg. 99 a 136. — CAP. V. **Morfologia - Costituzione - Funzione endocrino-vegetativa - Ricambio materiale.** Pagg. 137 a 166. — CAP. VI. **Varietà cliniche della miopatia cronica progressiva.** Pagg. 167 a 171. — CAP. VII. **Il problema dell'ereditarietà.** Pagg. 172 a 212. — CAP. VIII. **Anatomia patologica.** Pagg. 213 a 217. — CAP. IX. **Decorso - Prognosi - Diagnosi.** Pagg. 218 a 225. — CAP. X. **Patogenesi della distrofia muscolare progressiva.** Pagg. 226 a 249. — CAP. XI. **Etiologia.** Pagg. 250 a 264. — CAP. XII **Terapia.** Pagg. 265 a 288.

Volume di pagg. VIII-288, con 53 figure intercalate nel testo. Prezzo L **40**, più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al « Policlinico », sole L. **34** franco di porto, in Italia. Per l'Estero L. **38.**

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14, oppure presso l'Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Bologna, 23-26 ottobre 1935).

L'inaugurazione.

L'inaugurazione del 41° Congresso della Società Italiana di Medicina ha avuto luogo (unitamente al 42° Congresso della Società Italiana di Chirurgia) nella maestosa sala maggiore dell'Archiginnasio di Bologna. Erano presenti S. E. il Prefetto di Bologna gr. uff. Natoli, in rappresentanza di S. E. il Capo del Governo, S. E. il cardinale Nasalli Rocca, arcivescovo di Bologna, il segretario federale avv. Colliva, il commissario prefettizio del Comune di Bologna comm. dott. Pascucci, il sen. Maragliano, presidente della Società italiana di medicina interna, il prof. Alessandri presidente della Società italiana di chirurgia, i sen. Viola, Micheli, Pende, i proff. Frugoni, Zoia, Sabatini, Di Guglielmo, Ferrata, D'Amato, Ferrannini, Cesa Bianchi, il prof. Martinotti preside della Facoltà di medicina di Bologna, il col. Simulo, direttore della Sanità militare del Corpo d'Armata, il prof. Zanelli, segretario del Sindacato medico, moltissimi primari medici e chirurghi sia della città sia pervenuti da tutte le parti d'Italia.

Primo a parlare è il comm. PASCUCCI, che porge ai Congressiti il saluto della città di Bologna.

Al Commissario Prefettizio del Comune, applauditissimo, succede a parlare il Magnifico Rettore della Università di Bologna prof. GHIGI, il quale porge agli intervenuti da ogni parte d'Italia il saluto dell'Ateneo Bolognese. L'O. invia poi un caldo affettuoso omaggio dell'Università al prof. PAOLUCCI salpato, col personale della Clinica Chirurgica, verso l'Africa Orientale, dove i tesori della sua scienza e della sua arte sono al servizio della Patria in armi.

Quindi, si alza a parlare il venerando ed illustre sen. MARAGLIANO.

Egli esordisce affermando che con questo 41° Congresso si inizia un periodo nuovo nella vita della Società di medicina interna, ed è di lieto auspicio l'iniziarlo in questo antico centro di studi, che fu faro di civiltà e di sapere nel mondo, quando l'umanità era oscurata dalle nebbie della barbarie e dell'ignoranza: quando d'oltr'alpe traevano in Italia a frotte, per chiedere la carità della scienza, gli antichi avi di nepoti immemori, che oggi pretenderebbero di appaiarci a tipici esponenti della ignoranza e della barbarie.

L'oratore ricorda le origini della Società e passa in rassegna tutta l'opera svolta dalla Società, che fu la seconda del genere creata in Europa, in cui i Congressi furono tutti apprezzati per il loro profondo studio sui fenomeni morbosi, e nei quali si distinsero i vari maestri delle cliniche italiane, fra cui: Baccelli, Cantani, Bozzolo, De Renzi, Grocco, Rummo, Forlanini, Queirolo, Castellino ed altri molti.

Ricorda, poi, due nomi: Achille De Giovanni e Giacinto Viola, ai quali risale il merito di aver creato un nuovo capitolo della patologia e della clinica, quello relativo al terreno organico in rapporto alla morbilità. Fu, infatti, Achille De Giovanni che ne gettò le basi con i suoi studi sulla morfologia; fu Giacinto Viola che lo amplificò colle sue ricerche sulla costituzione, creando una scuola, in cui spiccano i nomi di Pietro Castellino, Nicola Pende, Vincenzo Fici ed altri.

L'oratore prosegue rilevando che, mentre altrove, in Francia, in Germania, in Inghilterra, gli Istituti di cultura scientifica hanno sezioni intitolate alla medicina, e i clinici, sia medici che chirurghi, sono dovunque chiamati a far parte dell'Accademia, in Italia no. Tutto ciò l'oratore dice e lo ripete non per aspirazioni personali, chè, come egli afferma, non se ne possono più avere a 86 anni, ma lo ripete e con accento accorato nel vedere tanti colleghi di alto valore scientifico condannati all'ostracismo perchè clinici.

Avviandosi alla fine del poderoso discorso, l'oratore ringrazia le autorità e l'illustre sen. Viola e gli eminenti colleghi che lo coadiuvarono nella preparazione dell'odierno congresso.

Si alza quindi a parlare il sen. VIOLA. Egli inizia il suo dire rilevando che per la prima volta in quattro decenni di vita fiorente, la Società italiana di medicina interna, fondata e tuttora presieduta da Edoardo Maragliano dallo spirito invitto di fronte agli anni, e quella di chirurgia, retta autorevolmente dal clinico di Roma prof. Alessandri, tengono il loro congresso in questa vetusta città della scienza, carica di gloria e sempre giovane coi suoi duemila studenti di medicina e ricca dei più grandiosi e moderni Istituti scientifici. L'oratore prosegue affermando che conscia della responsabilità della sua storia e del millenario prestigio. Bologna ha voluto, prima di accogliere il mondo dei dotti, rinnovarsi, ancora una volta, nel suo attrezzamento scientifico sotto l'impulso di quel Governo fascista che vuole e sa mettere in valore tutti i valori morali e materiali della Nazione. Nè meno ammirevole è stato il concorso degli Enti locali per l'innato e invincibile amore alla cultura superiore.

Un rinnovamento veramente imponente e degno degli scienziati che qui si avvicendano da un mese in affollati congressi.

L'O. nota che a queste aspirazioni alla elevatezza e dignità dello Studio, è dovuta la dura vita di lotte, serbata nei primi tempi a molti novizi ed un poco a tutti, anche ai più alti valori, che furono invece di poi riconosciuti e portati al cielo con riconoscenza imperitura. Ma è tuttavia questa diffusa e popolare severità di esigenza nella scelta dei maestri, che ha in sè forse il segreto di quel prestigio che l'Ateneo di Bologna ha saputo conservare nei secoli presso tutti i popoli civili.

L'oratore rivolge un elevato saluto ai maestri della medicina interna e della chirurgia italiana e le loro scuole sempre più produttive, delle quali il Paese può oggi essere orgoglioso. Rievoca i nomi di Bufalini, Tommasini, Concato, Murri, nonchè quelli di Loreta, Codivilla, Novaro; fulgide glorie della medicina e chirurgia bolognese, le quali non offuscano tuttavia con la loro tradizione la nuova e valorosa falange dei clinici e patologi che qui si radunano.

« Ma della famiglia clinica bolognese — così termina il sen. VIOLA — già manca all'appello il Paolucci, e fra poco mancherà anche il Putti, poichè la voce della Patria li invoca là dove si maturano i migliori nostri destini: il Putti che ha conquistato all'Istituto ortopedico un primato che può dirsi mondiale, e il Paolucci al cui naturale sorprendente genio chirurgico nessuna delle più alte vette dell'arte sua sono negate ».

Il discorso del sen. VIOLA è vivamente applaudito.

Il sen. MARAGLIANO dichiara quindi aperto il Congresso.

La valutazione della costituzione individuale.

Sen. prof. G. VIOLA, relatore.

Proff. F. SCHIASSI, P. BENEDETTI, G. CAPONE, correlatori.

(*Conclusioni*).

Prima di tutto il prof. VIOLA delimita la materia che si accinge a trattare, circoscrivendone il campo alla *precisa determinazione e valutazione obbiettiva dei caratteri anatomici e funzionali individuali*, alla parte cioè veramente sostanziale della scienza della costituzione, a quella parte che è ormai solidamente acquisita alla scienza e si differenzia perciò da tutto il rimanente dottrinale che riflette specialmente la genesi e le conseguenze dei caratteri individuali e forma il substrato delle numerose e contrastanti « teorie » non ancora sufficientemente documentate e controllate, ma sorte in gran parte sulla base dell'intuizione. Lo scopo fondamentale degli studi sulla costituzione è, per ora, quello di fondare un metodo obbiettivo per la valutazione della robustezza, risp. della gracilità dell'organizzazione individuale, in base ad un indice sintetico esprimibile numericamente che il Relatore denomina *indice generale di potenza organica* e ricava da un duplice ordine di caratteri, di natura anatomica gli uni, funzionale gli altri. Dopo aver ricordato l'opera di Nicola Pende in questo campo, il Relatore si sofferma sulla divisione della materia che è oggetto della presente relazione e ne illustra brevemente le parti affidate rispettivamente ai propri allievi e collaboratori P. Benedetti, F. Schiassi, G. Capone.

PARTE I.

La situazione odierna del movimento scientifico sulla costituzione individuale

P. BENEDETTI. — Il Relatore prende le mosse dalle precedenti Relazioni sullo stesso tema presentate ai precedenti Congressi della Soc. It. di Med. Int., e specialmente da quella di Viola del 1903, e da quella di P. Castellino del 1906, di F. Galdi del 1912 e di Pende dello stesso anno, nella quale per la prima volta è affacciato il principio della genesi neuro-endocrina dei tipi costituzionali umani. Considera quindi quel particolare indirizzo assunto da una parte degli studi costituzionali recenti per opera di quegli Autori che, seguendo Tandler, circoscrivono il concetto di costituzione soltanto al patrimonio ereditario individuale (genotipo) e indica le principali obbiezioni che si elevano contro questo indirizzo, che pure ha incontrato non poco credito soprattutto fra gli studiosi di lingua tedesca.

Secondo i principi della Scuola italiana invece si allude, col termine di costituzione individuale, all'insieme, sistematico e unitario, di tutti i caratteri somatici e funzionali, organici e psicologici, che differenziano un individuo da un altro e si considera oggetto unico della nostra ricerca *la valutazione dell'individuo nel suo complesso* (fenotipo), come variante individuale del piano anatomo-funzionale della specie modificato dall'ambiente sul binario obbligato delle leggi dell'eredità.

Dopo aver precisato come allo studio dell'individuo (costituzione individuale secondo Viola, biotipologia individuale di Pende) si giunga soltanto attraverso un lungo cammino, che parte dall'anatomia, dalla fisiologia e dalla patologia del tipo medio della nostra specie, quali si trovano codificate dai Trattatisti, e percorre diverse tappe in una sempre maggiore approssimazione alla mèta, come sono la costituzione secondo la razza (*tipo medio di razza*), secondo il gruppo etnico, nazionale o regionale e ancora la costituzione secondo il sesso, l'età, la classe sociale, il tipo morfologico con le sue molteplici sottocategorie (*tipologia costituzionale* o, meglio, *ectipologia*), il R. illustra brevemente i problemi fondamentali che conferiscono alla scienza della costituzione la sua sistematica unità e precisamente:

il problema dell'ordinamento gerarchico dei caratteri da valutarsi per la definizione di ciascuna individualità;

il problema della variabilità individuale dei vari caratteri e le direttive metodologiche per affrontarlo all'atto pratico (metodo di Viola);

il problema dell'uomo medio sistematico inteso secondo Viola e da Viola dimostrato nella sua reale esistenza in natura;

il problema delle correlazioni organiche e dell'applicazione dei metodi statistici per determinarle con la maggior esattezza;

e ancora le leggi fondamentali che governano la variabilità individuale dei caratteri umani, su queste leggi fondandosi appunto la metodologia per valutare ciascun individuo.

Il problema metodologico infatti è il problema fondamentale della costituzionalistica, come anche della clinica in genere e di tutte le discipline biologiche aventi indirizzo individualistico; e si deve riconoscere d'altronde che solo in questi ultimissimi anni esso ha trovato la sua definitiva e integrale soluzione, e ciò per opera di Viola a mezzo della sua duplice *scala valutatoria centesimale* e *sigmatica* per i caratteri anatomici e funzionali suscettibili di una precisa determinazione strumentale e a mezzo della sua *scala pentenaria mentale* per quelli che sono apprezzabili soltanto per intuizione, come sono, ad esempio, i dati anamnestici e i caratteri psicologici.

Successivamente l'O. passa in rassegna la moderna produzione scientifica straniera sulla costituzione individuale considerandola distintamente nei vari Paesi, attraverso le opere dei più autorevoli cultori della materia e delle rispettive Scuole. La natura di questi studi e lo stadio in cui si trovano ancora attualmente implicano di necessità un esame critico quasi esclusivamente di ordine metodologico, assai meno interessante oggidì essendo l'esame delle singole acquisizioni dei vari Autori. Ciò dipende dall'enorme confusione dei metodi e delle direttive costituzionaliste esistenti fra gli AA. d'oltr'alpe, i quali si dibattono ancora fra le più gravi incertezze e difficoltà nello scegliere la loro via. Ciò risulta con la maggiore evidenza dalla Relazione, che appunto si sofferma principalmente sulla critica dei principî e dei metodi seguiti da vari AA., seguendo in quest'opera di revisione le direttive della Scuola italiana e valendosi anche dei risultati di recenti ricerche dello stesso Relatore. Sono considerati in particolare i procedimenti di valutazione costituzionale e le dottrine di Kretschmer, Brugsch, J. Bauer e sono specialmente trattati i problemi della delimitazione, su base statistica, della così detta « zona normale » dei caratteri dalle anomalie e varianti patologiche di essi; il problema dei tipi misti; il problema della valutazione morfologica individuale in base agli indici antropometrici semplici, fondati sulle misure tradizionali (peso corporeo, statura, perimetro del torace).

La terza parte della Relazione è dedicata alla produzione costituzionale italiana, compito que-

sto reso agevole dalla generale applicazione in Italia di un solo metodo per la valutazione costituzionale, e precisamente del metodo di Viola. L'operosità scientifica di questi Autori è rapidamente passata in rassegna, previa suddivisione della copiosa bibliografia in 7 gruppi principali. È specialmente considerata la complessiva opera organicamente svolta nel campo costituzionale dal Pende e dai suoi allievi e collaboratori, opera che trova la sua più recente espressione nell'apposita scheda dell'Istituto biotipologico ortogenetico di Genova, nonchè l'opera di Viola e della sua Scuola, particolarmente diretta alla determinazione dei dati segnaletici fondamentali per valutare i principali caratteri individuali, morfologici e funzionali, sulla popolazione emiliana e i relativi rapporti e indici sintetici in parte recentemente introdotti da Viola e per la prima volta resi noti a questo Congresso.

Dall'insieme di questa rassegna, che il Relatore definisce un primo tentativo di riordinamento sistematico e critico della vasta e multiforme materia — soltanto la biliografia italiana di questi ultimi anni riportata *in exstenso* in appendice alla Relazione comprende oltre 700 citazioni — risulta con piena evidenza come sussista un nettissimo distacco fra la produzione italiana e quella degli autori stranieri, in quanto in Italia gli studi costituzionali hanno sempre mantenuto la loro caratteristica impronta originale che a loro deriva dal pensiero di De Giovanni, Viola, Castellino e Pende e secondo le direttive di questi Autori hanno avuto uno sviluppo autonomo, strettamente unitario e coerente alle premesse, mentre all'estero e forse più che altrove nei paesi di lingua tedesca — quasi sempre restando mal compresa, anche se lodata, la produzione italiana e soprattutto l'opera di Viola e di Pende — imperano le maggiori divergenze e disparità d'indirizzo, come dimostrano le infinite disquisizioni teoriche di questi ultimi anni e più ancora la metodica anche attualmente in uso con tutte le sue incertezze e contraddizioni, col suo arbitrario e ingenuo semplicismo.

« Non vi può esser dubbio — conclude il Relatore — che l'impronta fortemente e tipicamente nazionale sempre conservata in Italia dagli studi sulla costituzione, assai più che in ogni altra disciplina dello scibile medico, e ancora l'aver quasi sempre gli autori nostri applicato lo stesso metodo, il metodo di Viola, hanno giovato in massimo grado allo sviluppo di questi studi, così che oggi noi siamo sicuramente molto più innanzi che all'estero, là dove sono ancora *sub judice* quei problemi fondamentali che presso di noi da tempo sono stati risolti e felicamente superati. Ma occorre subito, soggiungere che la coscienza del nostro indiscusso primato non deve creare nocive illusioni: il primato italiano è infatti principalmente di ordine metodologico e, se contiene in sè i germi di un intero corpo di dottrina, si deve riconoscere che su questa via noi ci troviamo ancora ai primi passi, perchè la *scienza della costituzione individuale è una scienza nuova e, come tale, ancor quasi tutta da fare* ».

PARTE II.

Il mio metodo di valutazione della costituzione individuale.

G. VIOLA. — Il Relatore definisce anzitutto il concetto di costituzione individuale e delimita il campo della ricerca che appartiene in proprio alla costituzionalistica: esso concerne la « variabilità individuale » dei caratteri, somatici e funzionali, organici e psicologici, nonchè le infinite combinazioni « individuali » delle loro varianti quantitative. La variabilità costituzionale dei caratteri essendo di natura quantitativa (tranne rare eccezioni), è ovvio che l'unico metodo di ricerca della scienza della costituzione è l'*antropometria* in senso lato, antropometria esterna e antropometria viscerale, antropometria funzionale, organica e psicologica. Come l'anatomia in generale è la base prima della fisiologia, così l'anatomia quantitativa individuale è la base della fisiologia quantitativa individuale. S'intende però che l'antropometria in senso lato, come unico metodo della costituzionalistica, non comprende soltanto la *misurazione* delle varianti individuali di ogni carattere (compito questo relativamente facile), ma comprende anche e soprattutto la loro *valutazione*, che deve esser condotta obbiettivamente secondo le norme della statistica convenientemente adattate alle finalità della ricerca (statistica individuale, da contrapporsi alla statistica delle collettività). Misurazione e valutazione dei caratteri individuali e delle loro combinazioni debbono precedere ogni altra indagine nel campo della costituzionalistica, come sono quelle sulla genesi e conseguenze dei caratteri. Ogni anticipazione in questo senso, fatta per intuizione, vale a dire lo studio della genesi e delle conseguenze dei caratteri non preceduto dalla precisa determinazione di essi, non può far a meno d'esser causa di gravi errori, come accadde in passato, in quanto trasporta i nostri studi dal campo dei fatti sicuramente accertati a quello delle ipotesi più o meno seducenti, ma sempre al di fuori dalla documentazione positiva che sola può conferire il necessario fondamento scientifico ad ogni nostra acquisizione.

Fin dai suoi primi studi che risalgono ad oltre un trentennio, il Relatore ha tenuto fermo il principio di creare una solida base scientifica alla costituzionalistica, traendola dal *mare magnum* delle ipotesi e delle vaghe intuizioni che appartengono al passato e che pur essendo non di rado geniali furono e sono la causa principale di quella babelica confusione che imperava e impera tutt'ora, specialmente fuori d'Italia, nel campo di questi studi. Lo stadio prescientifico intuitivo, in cui essi versano, dipende principalmente dalle enormi difficoltà che s'incontrano nel mutare radicalmente la nostra secolare mentalità di studiosi e quindi l'indirizzo che ne deriva: nel passare dal metodo galileano che mira a cogliere gli universali della biologia, dall'indirizzo tipologico medio al metodo individualistico, il che richiede una profonda rivoluzione nel nostro spirito che deve anzitutto, come in ogni rivoluzione, rompere decisamente col passato per mettersi sulla nuova via.

Alla prima constatazione che ognuno di noi è costretto a compiere, non senza grave sgomento, quando entra in contatto con la genuina realtà dei singoli individui, nel rilevare come ciascuno di essi sembri quasi un *caos* inestricabile di varianti quantitative degli innumeri caratteri di cui risulta, segue una seconda constatazione, in base alla quale l'apparente *caos* riceve un subitaneo ordinamento e lo rende suscettibile di essere afferrato dalla nostra mente e sottoposto a rigorosa analisi matematica, il che dipende dal trovarsi le infinite varianti individuali dei caratteri e delle loro combinazioni sottoposte tutte alla nota *legge degli errori accidentali* di Quételet. Ne segue che la variabilità individuale dei singoli caratteri e dei loro rapporti sia sempre compresa fra due valori estremi predominanti, minimo e massimo, che sono quasi fissi per ciascun carattere e per ciascun rap-

porto e che si possono agevolmente riconoscere per mezzo dell'indagine statistica, vale a dire mediante lo studio sopra gruppi di individui sufficientemente numerosi e omogenei; ne segue altresì che fra i due valori estremi tutti i possibili valori intermedi di ogni carattere e rapporto sono soggetti in natura a una regolare distribuzione, così che noi possiamo, applicando sempre la stessa legge degli errori, riconoscere di ciascuna variante individuale le sue probabilità di verificarsi in seno a una data popolazione; e ancora che ciascun carattere e ciascun rapporto presenta un valore medio-normale, che è quello cui corrisponde il maggior numero d'individui (valore di massima frequenza), e che rappresenta, per così dire, il centro del bersaglio cui mira la natura e che sarebbe sempre realizzato in tutti gli individui, se non intervenissero due gruppi equivalenti fra loro di cause accidentali ignote, che, agendo sul valore tipico ereditario di ogni carattere della specie, ne determinano le deviazioni quantitative in più o in meno della norma. E poichè gli errori o scarti di natura, cui danno luogo tali cause accidentali, hanno le stesse probabilità di verificarsi al di sopra come al disotto del valore medio-normale, ne deriva l'originaria simmetria della curva degli errori accidentali o curva di Gauss, che esprime graficamente la suddetta legge e ne deriva ancora che gli scarti più piccoli dalla norma sono anche i più frequenti e più gravi i più rari, donde la caratteristica forma *a campana* o *a capello da carabiniere* della curva stessa.

La subordinazione di tutti i caratteri individuali umani, qualunque ne sia la natura, e di tutti i loro rapporti a questa legge rigorosa rende possibile lo studio analitico e sintetico della costituzione individuale su base statistica, fondato cioè sulle proprietà matematiche della curva di Gauss, fra le quali per i costituzionalisti la più importante è quella di poter fissare con esattezza quasi assoluta i valori massimo e minimo di ciascun carettere e di ciascun rapporto, rapporto, una volta che ne sia determinato il valore normale rispettivo. A ciò si perviene calcolando la così detta *standard deviation* o scarto quadratico medio o tipico o anche sigma, così detto dalla lettera greca che lo rappresenta, sapendosi che la quasi totalità degli individui presenta ogni suo carattere costituzionale compreso fra il valore medio-normale di esso diminuito risp. aumentato del triplo dello scarto tipico. Questa nozione basilare permette di servirsi della così detta *scala sigmatica* per ogni carattere e per ogni rapporto dei singoli individui, derivandone un metodo di valutazione universale su base statistica, metodo che è il fondamento necessario di ogni indagine costituzionale e che si applica utilmente anche allo studio dei fatti patologici, come risulta dalle prime ricerche condotte in questo campo nella Clinica medica di Bologna da Benedetti e Bollini con i loro studi di cardiometria roentgen sui cardiopazienti.

Prima di esporre questo suo metodo obbiettivo universale, che implica la duplice valutazione di ogni carattere umano in gradi centesimali (metodo degli scarti o gradi centesimali) e sigmatici (metodo degli scarti o gradi sigmatici), il Relatore considera un importante fenomeno che egli ha in istudio da molti anni e consiste nell'asimmetria quasi costante delle seriazioni ottenute in base ai vari caratteri umani anatomici e funzionali, asimmetria che nella massima parte dei casi è rivolta verso destra, cioè verso i valori superiori alla media e della quale il Relatore propone una sua interpretazione di natura essenzialmente biologica.

Ma non basta. Un metodo di valutazione individuale dei caratteri umani su base rigorosamente scientifica non potrebbe sussistere, se non quando fosse giustificato assumere un termine unico di riferimento, che è rappresentato dall'*uomo medio* inteso secondo Viola come unità sistematica derivante dalla sintesi dei valori normali di tutti i caratteri che si considerano. Orbene l'esistenza dell'uomo medio così inteso, già dimostrata da Viola fin da 30 anni or sono e di poi da altre ricerche sue e di altri autori, risulta ora confermata da nuovi dati positivi, così che questa dottrina non solo supera agevolmente tutte le obbiezioni che un tempo le furono mosse, dopo che Quételet l'aveva per la prima volta enunciata, ma trova un'ulteriore documentazione per opera di Viola.

La concezione dell'uomo-medio-correlato è ancora convalidata dalla legge della deformazione bipolare (Viola), secondo cui l'uomo medio rappresenta un sistema che deformandosi non può farlo che nella sua totalità secondo l'una o l'altra delle due opposte direttive (longi- e brachitipica), ciascuna delle quali si rende comune a tutte le parti dell'organismo, sino alle singole cellule, così che ne derivano i due tipi antitetici di individualità noti *ab antiquo*: l'individualità brachitipica e la longitipica. Il Relatore illustra quindi le altre leggi fondamentali della costituzionalistica: la legge dell'alta correlazione trasversale in contrapposto alla scarsa correlazione longitudinale, la legge della congruenza morfologica fra l'esterno e l'interno dell'organismo, la legge dell'antagonismo morfologico ponderale, recando per ciascuna nuove documentazioni positive ricavate sia dall'antropometria esterna, sia dall'antropometria viscerale sul vivente, a mezzo dei raggi X (Benedetti e Bollini) e sul cadavere (Castaldi e Vannucci, Bray, De Castro).

Un altro importante problema ampiamente trattato dal Relatore è quello dell'unificazione degli uomini medi regionali adulti, problema che Viola risolve positivamente in quanto ritiene, dopo averne minutamente considerato i vari aspetti, che le tabelle dell'uomo medio emiliano, determinate per i due sessi e per le varie età della vita e contenenti sia i dati antropometrici esterni sia i dati fisiometrici (desunti questi da ricerche sopra individui ventenni), possano adottarsi come *termine di riferimento unico* per tutte le popolazioni d'Italia. Ne deriva così una grande semplificazione nella condotta delle ricerche costituzionali, mentre resta pur sempre più che sufficientemente salvaguardata l'efficacia del metodo agli scopi della clinica e delle varie applicazioni della costituzionalistica: all'attività ginnico-sportiva, alla selezione professionale, alla vita militare, alla valutazione degli operandi ecc.

Il Relatore prosegue esponendo le direttive da seguirsi per affrontare il problema concreto della valutazione non più dei singoli caratteri, *ma dei singoli individui*. E anzitutto ricorda per sommi capi il proprio metodo antropometrico esterno, già ben conosciuto e affermatosi universalmente in Italia e in parte anche all'estero, metodo che si fonda sopra 10 misure semplici fondamentali (sistema chiuso di Viola), da cui si ottiene a mezzo di semplici calcoli una serie di rapporti di valori — da valutarsi tutti in gradi centesimali e sigmatici — che si rendono via via più complessi quanto più si procede nella loro elaborazione, sintetizzando così in diversi gradi le caratteristiche morfologiche di ogni individuo (valutazione del quantitativo assoluto di massa organica e valutazione delle proporzioni corporee).

Assai meno nota e tutt'ora in corso di studio è la seconda parte del metodo antropometrico di Viola, quella che è destinata alla valutazione dell'individualità funzionale, che si fonda sulla determinazione quantitativa diretta di un certo numero di funzioni organiche, sullo studio di alcuni rapporti interfunzionali e fisio-morfologici e sulla elaborazione di alcuni indici sintetici che si rendono via via più complessi fino alla formazione dell'indice generale di potenza organica. Le misure funzionali o meglio morfologico-funzionali, adottate da Viola come misure fondamentali, si riferiscono alle funzioni circolatoria, respiratoria, neuro-muscolare, al ricambio e alla sanguificazione. Dai corrispondenti dati fisiometrici individuali si ricavano gli indici sintetici di primo grado che sono rappresentati dalla *Media perimetrale degli arti* (media dei perimetri del braccio, antibraccio, coscia e gamba), dalla *Media dinamometrica* (media di tre diverse prove dinamometriche), dal *Valore cardiaco* (determinato in base agli ortocardiogrammi col metodo tridimensionale di Benedetti e Bollini), e dall'*Indice di potenza cardiaca* di Viola, che si calcola in base alle modificazioni del polso e del respiro provocate da un esercizio fisico lieve e da uno violento. Da questi indici si ricava una serie di rapporti fra i quali i più significativi sono: il *rapporto dinamo-perimetrale*, che offre un indizio dell'intensità dell'impulso volitivo nervoso motore; il *rapporto fra indice di potenza cardiaca e valore cardiaco*, che misura il rendimento funzionale del circolo in confronto alla complessiva grandezza del cuore; il *rapporto fra indice di potenza cardiaca e valore somatico*, che misura il rendimento del cuore in confronto alla totale massa corporea; il *rapporto spiro-somatico*, che misura la funzione respiratoria in rapporto al soma e ancora i *rapporti spiro-toracico, spiro-cardiaco*, e i *rapporti cardio-somatici*, studiati questi ultimi dal Benedetti.

Da queste prime valutazioni sintetiche (di primo grado) si passa alle valutazioni più comprensive, rappresentate rispettivamente dall'*indice statico* e dall'*indice dinamico di potenza organica* (sintesi di secondo grado), i quali poi si fondono insieme, formando l'*indice generale di potenza organica* (sintesi di terzo grado). Questi s'identificano fondamentalmente con un indice di *robustezza* (o di *gracilità*, a seconda dei casi) e mirano a risolvere in forma scientifica i problemi che più comunemente s'impongono al medico pratico, quand'egli giudica la costituzione dei singoli individui e la definisce robusta, media o gracile, molto robusta o molto gracile. Il metodo di Viola, morfologico-funzionale, mira appunto a tradurre in precise espressioni e operazioni numeriche i calcoli di « pesatura » mentale intuitiva, che ogni medico compie nel quotidiano esercizio clinico sia in forma analitica come anche in forma di sintesi. Si perviene così ad una completa valutazione fisio-morfologica, che da una parte risponde appieno agli usuali criteri clinici, emergenti dalla secolare esperienza, dall'altra si fonda sopra una sicura base obiettiva.

L'indirizzo e il metodo costituzionali, così intesi, portano con sè una profonda rivoluzione del pensiero medico e rappresentano l'ultima delle grandi tappe dello sviluppo storico della medicina, ciascuna contrassegnata dall'invenzione di un metodo nuovo: il metodo della dissezione cadaverica, inaugurato dal Mondino che rendeva possibile la creazione dell'anatomia; il metodo della vivisezione, di Cesalpino e di Harvey, che apriva i grandi orizzonti alla fisiologia; il metodo istologico di Malpighi, donde la conoscenza della struttura microscopica dei tessuti; il metodo anatomo-clinico di Morgagni, donde l'anatomia patologica messa in confronto alla sintomatologia clinica; il metodo batteriologico, di Pasteur, donde la conoscenza dell'eziologia bacterica delle malattie infettive. Il metodo costituzionale, a sua volta, rappresenta l'ultimo nostro grande sforzo di penetrazione nella conoscenza dell'individuo, lo sforzo di superare l'abisso esistente fra la scienza medica astratta o scienza dell'uomo medio, che procede per universali e considera la malattia in generale, e l'individuo in concreto, sano e malato, quale si presenta al nostro esame, ed è questo appunto il metodo che apre dinanzi a noi le maggiori prospettive dello sviluppo della medicina nel prossimo avvenire.

La via da seguire è così tracciata dal R., che indica anche nella sua magistrale esposizione, il lavoro che rimane da compiere, perchè si giunga all'applicazione integrale del metodo.

(Continua). A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

I Congresso internazionale di Gastro-enterologia.

(Bruxelles, 8-11 agosto 1935 - XIII).

La seduta inaugurale ebbe luogo il giorno 8 agosto con l'intervento delle più eminenti personalità della medicina, della chirurgia e della radiologia sia d'Europa che di America, sotto la Presidenza del prof. SCHÖMAKER; assistito dal Segretario generale dott. BROHÉ.

Venerdì 9 agosto - ore 14.

1° tema di Relazione: **Le gastriti.**

M. A. F. HURST (Londra). — *Etiologia, sintomatologia, diagnosi e terapia.* — L'O. enumera le principali cause della gastrite. Questa affezione deteriora la funzione delle cellule secretorie e perciò causa una diminuzione dell'acidità anche negli ipercloridrici, oltrechè negli ipocloridrici: l'evoluzione della lesione può portare all'ulcera gastrica o duodenale. Nei soggetti ipocloridrici costituzionali determina un'anacidità che favorisce lo sviluppo nello stomaco e nel tenue di batteri ingeriti. L'infezione del tenue e la mancata digestione peptica sono causa poi dell'enterite (diarrea achilica): l'infezione secondaria ascendente del duodeno è la causa frequente della colecistite.

La perdita della barriera acida antisettica espone inoltre al tifo, alla dissenteria amebica o bacillare, e al colera. Inoltre l'assimilazione difettosa del ferro dà luogo spesso ad anemie secondarie.

Il carcinoma non si sviluppa mai in uno stomaco sano. Se esiste dell'HCl il carcinoma rappresenta la degenerazione carcinomatosa di un'ulcera cronica. Se esiste invece un'anacidità il carcinoma deriva dalla gastrite anacida: non è questa anacidità l'esito del carcinoma.

La frequenza del carcinoma gastrico varia sensibilmente nei due sessi, a seconda delle classi sociali e a seconda delle varie regioni. L'O. con-

clude che, se si riesce ad evitare la gastrite, agendo sulle cause di essa, si potrà agire profilatticamente non solo sull'ulcera gastroduodenale, sull'anemia perniciosa, sulla mielite funicolare ma bensì anche sul carcinoma dello stomaco.

Prof. W. ZWEIG (Vienna). — *La gastrite cronica.* — L'O. constata che molti fatti dimostrano la possibilità che un carcinoma dello stomaco si sviluppi su un terreno gastritico. Egli considera che l'etiologia della gastrite cronica si basa sulle intossicazioni di origine esogena (alcool, purghe frequenti, ustioni) o endogene (mal. del fegato e delle vie biliari). Distingue la gastrite iperacida (15 % dei casi), la gastrite anacida (28 %) e l'achilia (12 %). Nel 70 % di questi casi si nota la tendenza alla diminuzione dell'acidità.

Il metodo migliore di indagine, applicabile nella pratica corrente, è la gastroscopia. La diagnosi si fonda sui dati anamnestici, sulle turbe secretorie, sui segni morfologici e sull'esistenza di muco gastrico e specialmente sui segni gastroscopici e radiologici.

H. H. BERG (Amburgo). — *La radiologia.* — L'O. riferisce sulle modificazioni gastriche visibili radiologicamente: perchè questa visibilità si manifesti occorre che la consistenza dell'organo sia modificata.

La radiologia deve fare differenziazione fra:

1) le pliche poco stabili, elastiche, facilmente deformabili dell'organo normale;

2) le alterazioni dei rilievi dello stomaco gastritico, alterazioni rigide, deformate, che arrivano fino all'ispessimento plastico, eventualmente fino alla rigidezza neoplastica.

Se esistono delle alterazioni di consistenza, delle modificazioni si presentano sempre, per es. l'edema.

Le erosioni della mucosa non sempre sono apprezzabili. Quando esiste una grande quantità di muco appare un aspetto velato colla sospensione acquosa di bario.

La linfoadenite delle glandole regionali presenta dei sintomi di aggruppamento. L'ipertrofia delle pliche è di diagnosi certa quando è accompagnata da alterazioni di consistenza (rigidità). Certe immagini circolari talvolta sono capaci di dare un aspetto come neoplasiforme. Le alterazioni del piano superiore, verrucose, polipose, presentano un'immagine veramente caratteristica. L'atrofia non significa sempre riduzione dell'altezza delle pliche.

L'esperienza dell'O. milita per una relazione intima fra l'ulcera e la gastrite.

FR. MONTIER. — *L'anatomo-patologia.* — L'O. passa in rivista le alterazioni di tutti i sistemi tissurali, delle glandole antrali o fundiche a follicolo chiuso, del tessuto elastico, dei muscoli e dei nervi.

Secondo l'O. le reazioni ipertrofiche delle cellule epiteliali di rivestimento o acinose sono più rare che non si dica: la mucosa tende a trasformarsi sia per necrosi parcellare e fibrosa, sia per indifferenziazione e eteroplasia caliciforme (metafasia intestinale). Il termine ultimo di tutte le gastriti è la gastrite atrofica.

La mucosa è la sede di numerosi processi ulcerosi: ulcerazioni piatte superficiali, ulceri profonde, ulceri terebranti.

Lo studio dei processi cicatriziali mostra lo sforzo degli epiteli di superficie per rivestire un tessuto connettivo istiocitario particolarmente fragile.

L'O. insiste sui rapporti fra gastrite atrofica, le liniti, il cancro. Richiama l'attenzione sui legami fra gastrite, anemie perniciose o ipocromiche, e sindromi metameriche (glossiti, pruriti, ecc.). Evidentemente vi sono rapporti fra mucosa gastrica e cute: la struttura del mesenchima e dell'epitelio di rivestimento permettono di avvicinare le manifestazioni allergiche della pelle con le lesioni gastritiche.

LION (Parigi). — *La biochimica.* — Riferisce sul valore diagnostico del biochimismo gastrico nelle gastriti. Questa relazione, densa di dati sperimentali e clinici si presta poco ad essere sunteggiata e perciò noi rimandiamo il lettore alla Relazione del Congresso.

G. E. KONJETZNY (Amburgo). — *La terapia chirurgica.* — Ritiene l'O. che la questione di sapere se esiste una indicazione per il trattamento chirurgico della gastrite è lungi da una risoluzione. Per fornire qualche elemento d'ordine pratico bisogna riferirsi alle varietà anatomo-patologiche del processo.

La gastro-duodenite acuta, con o senza erosioni si giova del trattamento medico. Per la gastrite cronica l'operezione è necessaria nelle ipertrofie circoscritte della mucosa (polipose o stenosanti del piloro). Nella gastrite atrofica è indicato l'intervento? la risposta è problematica. Nelle gastroduodeniti l'operazione è controindicata.

H. PASCHOUD (Losanna) riferisce sullo stesso argomento e dice che l'indicazione dell'intervento nella gastrite cronica si confonde con quella dell'ulcera gastro-duodenale.

Sull'argomento hanno parlato numerosi oratori di varie nazionalità: EINHORN di New-York, HENNING di Lipsia, INGER di Vienna, MOSTO di Buenos-Aires, FOVRAI di Budapest, LURIA di Mosca ed altri.

Fra gli italiani, parlarono sulla gastrite P. ALESSANDRINI, LEOTTA, GAMBERINI, BONADIES.

P. ALESSANDRINI. — Trattando della gastrite, l'O. ritiene che non bisogna trascurare la duodenite cronica che è una complicazione frequente della prima e che a sua volta è capace di provocare disturbi funzionali gravi che influiscono sul vuotamento dello stomaco. Inoltre la duodenite è la prima tappa della colecistite, della pancreatite, della ileite e ileo-tiflite.

Per la diagnosi di gastrite oggi abbiamo dei mezzi quasi infallibili: la gastroscopia in prima linea e la radiologia, nonchè i sondaggi gastrici che forniscono talora elementi di non scarsa entità. Nel campo del chimismo gastrico un valore notevole l'O. assegna al referto dell'acidità differenziale che è quella che risulta dall'acidità totale detratta l'acidità cloridrica. Quando l'acidità differenziale è alta vuol dire che una gran parte dell'HCl si è combinata con i liquidi infiammatori derivati dalla gastrite stessa. Un altro elemento a cui l'O. assegna grande importanza per la diagnosi è la diminuzione o l'assensa del potere battericida del succo gastrico: è questa diminuita capacità difensiva ai germi che provoca la diffusione del processo.

La gastroscopia nulla può dire direttamente della duodenite se si esclude il dato indiretto dell'esistenza della gastrite.

Il sondaggio duodenale poco può dare salvo quando si trova il b. coli nel succo duodenale.

Le esperienze dell'O. hanno dimostrato la grande resistenza dello stomaco alle soluzioni cloridriche concentrate per il potere che ha lo stomaco di

neutralizzare l'eccessiva acidità col reflusso duodenale.

Quando il processo gastritico si diffonde al duodeno provocando tutte quelle complicazioni già riferite: colecistite, pancreatite, ileite, ecc., determina una sindrome clinica che l'O. chiama sindrome dolorosa addominale superiore.

N. LEOTTA (Palermo). — L'O. riconosce la grande frequenza della gastrite nell'ulcera gastro-duodenale e fa notare come essa esiste, in una percentuale più bassa ma nelle identiche forme, anche emorragiche, in altre affezioni addominali come l'appendicite, la colecistite, ossia in tutte le affezioni che entrano nella S. A. D. nella quale essa è tanto più frequente e grave quanto più estese sono le lesioni flogistiche peritoneali nella S. A. D. con un massimo di gravità e di frequenza nell'ulcera e un minimo nell'appendicite. Le note disfunzioni gastriche dell'appendicite che scompaiono con l'appendicectomia, sono dovute alle alterazioni anatomiche della gastrite, visibile all'esame gastroscopico. Sostiene la individualità dell'ulcera di Cruveilhier, rispetto alle ulcerazioni gastritiche, nelle quali mancano quelle alterazioni sclerotiche cicatriziali, a carico di tutta la parete con interessamento della muscolare e della sierosa, che esistono e sono caratteristiche dell'ulcera. La quale perciò si riconosce dall'esterno, con la vista e il tatto appunto per questo tessuto cicatriziale. Se questo manca, se la parete esterna, sierosa, appare sana e non si apprezza nulla con la palpazione, è certo che non si tratta di ulcera come alcuni chirurghi ritengono ma di ulcerazioni gastritiche, e come tali non richiedono nè resezioni nè gastro-enterostomie, ma devono restare di pertinenza medica.

L'O. nega che dall'ulcerazione gastritica si possa arrivare all'ulcera vera tipo Cruveilhier, e fin'oggi nessuno ha potuto dare la dimostrazione di un tale passaggio, sostenuto da Konjetzny. Fino a quando perciò non si avrà una simile dimostrazione, bisogna mantenere il dualismo tra le varie ulcerazioni da gastrite e l'ulcera tipo Cruveilhier. L'O. ricorda a tal proposito la sua concezione patogenetica sull'ulcera, da lui anatomicamente dimostrata nell'uomo e sperimentalmente confermata da diversi lavori.

Per ultimo si ferma alle emorragie gastrointestinali che possono essere date dalla gastrite ulcerosa o meno. Però perchè dalla mucosa siano possibili le gravi e abbondanti emorragie, talora anche mortali, occorre qualche altra cosa, oltre l'infiammazione di essa: occorre cioè la stasi venosa nel territorio delle relative vene mesenteriche, di cui l'O. ha dimostrato il meccanismo per mesenteriti e linfoadeniti mesenteriali.

G. GAMBERINI (Bologna). — L'O. riferisce la sua statistica di interventi chirurgici per gastrite ulcerosa a ulceri multiple, pseudo-poliposa e gastrite cronica semplice: tutti casi trattati con resezione ampia tipo Reichel-Polya.

I tre casi di gastrite cronica semplice furono operati perchè clinicamente e radiologicamente era stata fatta diagnosi di ulcera. Dati tuttavia i notevoli disturbi dei pazienti di lunga data e ribelli alle cure mediche, fu eseguita la resezione.

Gli operati per gastrite ulcerosa sono in condizioni soddisfacenti: gli altri (compresi quelli della gastrite pseudo-poliposa) hanno ancora i disturbi di prima cioè pesantezza gastrica, inappetenza, dolori locali mal definiti, debolezza generale, denutrizione: disturbi questi che non si vedono nei resecati per vera ulcera gastrica.

I risultati a distanza somigliano quindi secondo l'O. al trattamento chirurgico della gastrite cronica.

Secondo l'O. l'indicazione di un trattamento così mutilante potrà forse sussistere in qualche caso eccezionale, dopo una più sicura precisazione diagnostica (ad es. in forme stenosanti gravi), ma non potrà entrare nella pratica chirurgica, nè essere appoggiato come cura profilattica delle ulceri vere, nè come prevenzione contro la supposta trasformazione maligna.

A. BONADIES (Roma). — L'O. dopo essersi intrattenuto sullo stato attuale delle nostre conoscenze in tema di lues gastrica si sofferma in particolare su una peculiare forma di lues che è diffusa a tutto lo stomaco e che egli chiama gastrite luetica. Tale lesione egli ha potuto pure mettere in evidenza sottoponendo i dispeptici capitati alla sua osservazione a sistematico esame gastroscopico. In tali soggetti con Wassermann positiva ha messo in evidenza i vari stadi anatomici della gastrite, dalla forma semplice mucosa fino alla forma produttiva poliposa. Nessun segno particolare distingue queste gastriti da quelle da cause comuni ad eccezione dell'esito felice della cura *ex juvantibus*.

L'O. ritiene quindi opportuno:

1) eseguire la cura antiluetica in tutti i soggetti con Wassermann positiva e disturbi dispeptici;

2) nei casi di dispepsia con Wassermann negativa il tentativo di una cura antiluetica e insistere a lungo anche quando i primi risultati non sembrino in un primo momento favorevoli;

3) tentare la cura antiluetica in tutte le comuni gastriti e dispepsie quando le altre cure non hanno dato buoni risultati, e ciò anche con Wassermann negativa.

L'A. infine si sofferma ad indicare alcune norme dietetiche delle gastriti non luetiche a seconda delle varie fasi.

10 agosto 1935.

2° tema di Relazione: **Le coliti gravi non amebiche**

DALL'ACQUA (Milano). — *La radiologia delle coliti*. — 1) Le alterazioni infiammatorie del colon, di cui il substrato anatomico consiste in una modificazione strutturale della mucosa, non può essere dimostrata radiologicamente che per lo studio della superficie interna del colon.

2) Non è possibile alcuna comparazione fra i rilievi che si ottengono nell'esame nel vivente ed i reperti che si hanno nel cadavere.

3) La variabilità del quadro radiologico nella colite si esplica per l'influenza che esercita il fattore funzionale: lo stesso intestino appare talora molto diverso visto in due esami a breve intervallo.

4) Nei rilievi radiologici le alterazioni dei componenti morfologici della mucosa sono tanto più evidenti e grossolani quanto più le reazioni infiammatorie della mucosa sono intense.

5) Nelle forme leggere anche l'analisi fine dei rilievi interni non dà caratteri che distinguono la malattia da un colon normale.

6) Invece le coliti ulcerose gravi determinano delle modificazioni del colon tali da permettere il rilievo di modificazioni di struttura.

7) L'interpretazione di certe immagini fa pensare a delle perdite di sostanza parietali.

8) La diagnosi differenziale radiologica fra colite grave non amebica e colite amebica non è possibile allo stato attuale delle nostre conoscenze.

9) Le coliti specifiche non danno alterazioni tali da essere patognomoniche: il criterio della sede può avere una certa importanza.

10) Il metodo della esplorazione dei rilievi interni, permettendo la visualizzazione diretta delle lesioni, ci fornisce dati sulla sede e sull'estensione.

11) Le modificazioni qualitative e quantitative della secrezione intestinale che si producono nella colite influiscono sul rilievo radiologico.

12) Le anomalie della motilità della sfera del grosso intestino non depongono per alterazioni infiammatorie del colon.

BJ. VIMTRUP (Copenaghen). — *L'anatomo-patologia.* — L'O. fa osservare che l'autopsia di questi soggetti morti di colite deve essere fatta subito per evitare fenomeni cadaverici.

Dal punto di vista istologico la colite è primitivamente un'affezione della mucosa poi si formano le lesioni che si approfondano e possono portare fino alla perforazione. L'O. si diffonde poi a parlare delle particolarità istologiche delle lesioni per cui si rimanda alla relazione.

M. F. GOIFFON (Parigi). — *La biochimica.* — L'O. ritiene che il punto dominante della biochimica delle coliti si deve cercare nelle modificazioni subite dalle feci. L'analisi chimica deve essere eseguita quando le alterazioni non sono visibili ad occhio nudo.

Si ricercherà nelle feci il sangue, le albumine disciolte, il pus, la catalasi.

Occorre inoltre rendersi conto del grado della digestione intestinale e della flora microbica.

La modificazione degli umori, delle urine, ecc. non sono che degli elementi accessori ed hanno scarsa importanza nella diagnostica.

M. DONATI (Milano). — *Terapia chirurgica.* — L'O. in linea di massima ritiene che la cura medica debba avere la massima importanza nella terapia della colite ulcerosa non amebica. Nei casi di coliti ribelli a ogni trattamento può entrare in discussione la cura chirurgica.

Occorre distinguere due specie d'interventi: quelli indiretti per la cura dei « foci » presunti o dimostrati come causa della colite e gli interventi diretti sul colon malato.

Gli interventi indiretti possono interessare i denti, le tonsille, lo stomaco, il duodeno, l'appendice, la vescicola biliare, l'utero, gli annessi, gli organi urinari, ecc.

Gli interventi diretti possono consistere in: 1) enterostomie; 2) le anastomosi; 3) le resezioni del colon.

La tecnica di questi interventi non comporta regole speciali: quel che conta è la indicazione che deve essere opportunamente vagliata caso per caso.

L'operazione è bene sia fatta in un tempo solo.

N. LEOTTA (Palermo). — L'O. richiama l'attenzione sulle coliti secondarie ad appendiciti, che, fra tutti gli oratori, sono state ricordate solo da Donati: il quale ammette che da un'appendicite si possa avere secondariamente non solo una colite ma anche localizzazioni infiammatorie colecistitiche e gastro-duodenali che hanno per base o per agente l'appendicite e che possono arrivare fino alla colecistite o alla ulcera duodenale o gastrica. L'O. è lieto di constatare come questo concetto, che egli ha sostenuto da parecchi anni, sia ora accolto e diffuso dal Donati.

L'O. fa notare la grande importanza pratica, oltre che teorica, delle coliti secondarie ad appendiciti, trattandosi di coliti ulcerose semplici, molto frequenti, che restano patogeneticamente legate all'app. cronica anche se sono accompagnate dalla presenza dell'ameba nelle feci. Ricorda come egli abbia già impostato tale questione nella sua Relazione alla Società It. di Chirurgia nel 1931, ove sostenne che la presenza dell'ameba nelle feci non deve distrarre la nostra attenzione dalla vera essenza del processo colitico. In simili circostanze infatti il semplicismo diagnostico in cui è facile cadere, che porta senz'altro ad ammettere la natura amebica della colite, è dannosissimo, poichè gli infermi non guariscono per quanto sottoposti ad intense cure emetiniche, che anzi in simili casi, sono per solito assai mal tollerate.

Dall'epoca della sopra citata relazione l'O. ha potuto moltiplicare la raccolta dei casi di coliti semplici, secondarie ad appendiciti, con reperto positivo di ameba nelle feci, che sono perfettamente guariti con l'appendicectomia e la viscerolisi colica. Perciò crede di richiamare l'attenzione specialmente dei medici sul problema diagnostico che in questi casi, una volta posto, può essere risoluto con l'aiuto di parecchie risorse cliniche e radiologiche.

S. BAGGIO. — *La colecisto-gastro-stomia nella colite cronica semplice.* — L'O. comprende la colite ulcerosa grave non amebica fra le coliti croniche semplici. Riconosce in queste una malattia funzionale del colon e considera la funzione di quest'organo nel suo duplice componente: motorio e chimico. La funzione chimica del colon è svolta dai residui del succo gastrico, bile, succo pancreatico, succo enterico: i quali possono danneggiare il colon per loro eccessiva quantità o per alterata composizione o per difettosa mescolanza o per prolungata permanenza.

L'O. crede che gran parte dell'insorgenza della colite cronica semplice sia da imputarsi a queste cause dispeptiche: e poichè si è persuaso che molte dispepsie dipendono da alterata funzione dell'apparato escretore della bile, ha pensato di agire nella colite stabilendo un flusso passivo della bile nel canale gastro-enterico mediante colecisto-gastrostomia. Ha operato a questo modo 21 pazienti, da un massimo tempo di 20 mesi. Non riferisce sui risultati in dettaglio perchè bisognerebbe considerare molti fattori separati. Ma può assicurare che il trattamento non ha nuociuto in nessun caso: ha, invece, giovato in tutti e in parecchi ha portato benefici tali da potersi parlare di vera guarigione.

Tuttavia egli non presenta il metodo come metodo di guarigione, ma metodo per il quale il malato può guarire aiutandosi con le semplici regole igieniche dell'alimentazione e della vita in generale. Deve cioè astenersi da cibi determinati che egli stesso comprende che gli sono particolarmente nocivi, eviterà il freddo sia dall'esterno e sia per ingesti, dovrà riguardarsi da affaticamenti fisici e intellettuali e da emozioni. Ma in compenso potrà nutrirsi largamente e riprendere le sue occupazioni.

I risultati obiettivi più marcati consistono nel fatto che le feci assumono l'aspetto normale o quasi, con relativa regola di evacuazione e che il peso del corpo aumenta.

Gli effetti sono migliori nei casi più recenti. Ma furono notevoli anche in casi che duravano da più anni. Per cui l'O. ritiene che il metodo suddetto debba essere accolto nella terapia della colite cronica semplice.

A. BONADIES.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Significato della febbre nella tubercolosi polmonare cronica.

Maurice Myers (*The Brit. Med. Journ.*, agosto 1935, p. 250) fa uno studio accurato della temperatura nei tubercolosi seguendo la *classificazione* proposta da Wingfield nel 1932. Essa sommariamente si può così riassumere: Wingfield ammette una lesione secondaria, una lesione intermedia ed una terziaria.

La lesione secondaria corrisponde ad una reazione tissurale locale allergica dovuta al depositarsi in loco di bacilli, probabilmente per via ematogena; questa reazione può rapidamente scomparire o progredire verso le altre due forme.

La lesione intermedia corrisponde a quelle forme abitudinariamente conosciute come forma attiva fibro-caseosa.

La lesione terziaria corrisponde alla lesione intermedia cicatrizzata per quanto possibile e non progressiva.

Tanto la lesione intermedia che la terziaria possono infettarsi secondariamente con i batteri del tratto respiratorio.

La comparsa di una *lesione secondaria* porta una modificazione nella grafica della temperatura che varia però con la grandezza della lesione nuova, la quale dipende e dalla quantità dei bacilli tubercolari formatisi nel polmone, e dal grado di reazionabilità allergica del polmone stesso. Una lesione secondaria grande come una moneta da due soldi può non indurre modificazione della temperatura nè alcun sintomo clinico, mentre risulta bene rilevabile con i raggi X. Una lesione secondaria di media grandezza determina una evidente modificazione della temperatura che è molto simile a quella di un attacco influenzale. Questa temperatura suole ritornare normale in due o tre giorni, e si hanno spesso dei pazienti che raccontano come i punti di volta della loro malattia fossero sempre segnalati da... attacchi di influenza. Vi è poi la lesione secondaria più estesa che occupa quasi un lato intiero. Vi è qui un aumento di febbre assai più intenso che può ricordare il quadro della febbre da polmonite lobare. Manca però la discesa per crisi, vi è invece una lentissima lisi.

Nel caso di una *lesione intermedia* è di osservazione comune e ben nota il fatto che spesso manca ogni modificazione della temperatura; non solo, ma anche le condizioni obiettive e subiettive non rivelano nulla di anormale, sì che solo ripetuti radiogrammi in serie possono svelare l'evolvere, l'attività, della lesione fibro-caseosa.

Solo quando per erosione della superficie bronchiale o per altra via avviene una infezione da flora batterica aggiunta, si ha la febbre. Questa ha allora i caratteri ben noti: cresce gradualmente ma irregolarmente, assume un carattere di tipo intermittente tanto più alto quanto più intensa è la attività del processo, che si prolunga per periodi spesso enormi, e che nei casi favorevoli cede per lisi.

Teoricamente un malato con *lesione terziaria* o statica dovrebbe essere senza febbre. In pratica invece si hanno spesso febbrette prolungate ed irregolari. Ciò sarebbe dovuto al fatto che sebbene la lesione sia non evolutiva, statica, essa contiene quasi sempre delle piccole cavernule nelle quali sono impiantate infezioni secondarie. Spesso vanno soggetti a punte anche alte di febbre che concidono con aumento di tosse e catarro. Talora questi accessi febbrili distanziati di settimane formano tutti i disturbi che tali malati hanno, ma non per questo sono meno noiosi. Talora si beneficiano di autovaccino. L. TONELLI.

Diaframmite acuta primaria. (Sindrome di Hedblom).

M. Joannides (*The American Journal of the Medical Sciences*, aprile 1935) presenta una sindrome finora mai descritta, che egli denomina « sindrome di Hedblom » in onore del dott. C. A. Hedblom che ha dedicato la sua vita alla chirurgia del torace. Essa è caratterizzata da respiro penoso e da tosse che provoca dolore. Il respiro è a tipo costale ed il diaframma, cosa bene evidente all'esame radioscopico, è immobilizzato. Vi è anche dolore nelle parti alti dell'addome e sotto l'arcata costale.

Si tratta di una infiammazione acuta essudativa e proliferativa del muscolo diaframma. L'agente infettivo che l'ha causata può invadere per contiguità gli organi intratoracici soprastanti o gli intraaddominali sottostanti. In seguito a tale malattia, gruppi di fibre muscolari sono rimpiazzate da tessuto di cicatrice e ne risulta così un appianamento od anche la scomparsa della cupola diaframmatica. Anche la superficie pleurica può essere coinvolta e derivarne aderenze diaframmatico-polmonari.

L'A. ritiene che questa sindrome, la quale segue generalmente ad una infiammazione acuta nasofaringea, sia primitiva; egli pensa che l'affezione sia più frequente di quanto non si creda e che un certo numero di cosidette pleuriti diaframmatiche, di appendiciti lievi od anche di colecistiti, altro non siano che sindromi di Hedblom. In qualche caso però la diaframmite sarebbe la conseguenza di lesioni infiammatorie toraciche o addominali.

L'A. spera che in seguito a questa sua pubblicazione, siano istituite ulteriori ricerche e siano anche risparmiate operazioni non necessarie sui visceri addominali. VICENTINI.

Una rara sindrome neurologica nel decorso della pertosse.

Le non eccezionali complicanze nervose della pertosse vengono dalla maggior parte degli AA. riferite a lesioni di ordine tossi-infettivo; si parla infatti di encefalite da pertosse; non di rado le alterazioni anatomo-patologiche possono essere attribuite ad emorragia nel parenchima nervoso e nei nervi periferici.

Il caso descritto da B. Wiesner (*Münch. Med. Wochenschr.*, 16 maggio 1935) merita interesse in quanto si tratta di una sindrome di eccezionale gravità, risoltasi tuttavia rapidamente; nello spazio di pochi giorni il piccolo paziente che presentava attacchi tipici di pertosse è stato colpito da paralisi flaccida completa della muscolatura del tronco, della nuca, e di tutti quattro gli arti; concomitava afasia completa, disturbi di deglutizione, paresi degli abducenti; l'infermo rimaneva in stato di adinamia e di spiccato torpore. Il miglioramento si manifestava dopo 10 giorni e culminava in guarigione completa dopo circa un mese dall'inizio della malattia.

L'A. in base al decorso clinico della malattia esclude senz'altro che si potesse trattare di poliomielite; la flaccidità della paralisi non permetteva d'altra parte l'ipotesi di un'encefalite corticale. L'A. ammette quindi l'esistenza di un'encefalite con localizzazione delle lesioni alla zona subcorticale con inibizione degli archi riflessi che decorrono sottocorticalmente; evidentemente sono state colpite anche le circonvoluzioni del piede della frontale ascendente, dell'insula e del lobo temporale; di qua l'afasia. Per quel che riguarda la paralisi degli abducenti, l'A. è propenso ad attribuirla ad una lesione periferica dei nervi. La natura delle lesioni viene anche dall'A. considerata ancora sub-iudice.

Infine l'A. ricorda come nei casi di lesioni cerebrali, anche transitorie, della pertosse, non sono infrequenti le morti improvvise, che fanno tanto oscurare la prognosi di questa malattia relativamente benigna.

S. MINZ.

Il trattamento medico dell'ascesso polmonare.

H. Storz (*Zeit f. ärztl. Fortbildung*, 1935, n. 8) raccomanda anzitutto il neosalvarsan: iniezioni endovenose a 4 giorni di intervallo, incominciando con 0,15 e salendo a 0,30 dalla terza. L'azione si manifesta dopo 3-4 giorni dalla prima iniezione. Quando la temperatura è oltre 39°, manca l'effetto del neosalvarsan, che può anche agire sfavorevolmente sulle condizioni generali. In tali casi, è meglio attendere che la temperatura si sia abbassata (viene consigliato in tali casi di dare eventualmente delle piccole dosi di piramidone).

Quando, dopo 3-4 iniezioni non si vedono effetti dal neosalvarsan, si ricorrerà alle iniezioni di argoflavina (10 cmc. di una soluzione al 0,50 %, ad intervalli di 5-6 giorni). Sono state usate con successo anche le iniezioni endovenose di alcool (30-40 cmc. della soluzione al 15 % ad intervalli di 4-5 giorni), come pure, nelle forme croniche, le iniezioni endovenose di vaccineurina.

fil.

Cura delle broncopolmoniti infantili.

Sotto due anni la broncopolmonite è sempre una minaccia; è già grave se colpisce bimbi defedati: atrepsici, dispeptici cronici, rachitici, o se complica malattie esantematiche ecc.

Occorre anzitutto isolamento dai fratelli essendo contagiosa.

Si metta il malato in camera ben areata, d'inverno si scaldi a 18-20; si rinfreschi e inumidisca l'aria d'estate (casseruola con acqua e due cucchiaini di essenza di eucalipto). Si curi la posizione semi assisa, si muti spesso il lato su cui giace il paziente per evitare la congestione da decubito.

Apert (*Press. Méd.*, 7 settembre 1935) consiglia dall'inizio la polmoterapia (bagno a 37°-38° se febbre a 40°-41°); se collasso o cianosi il bagno sia più caldo, nelle forme congestive bagno senapato a due o tre gradi sotto la temperatura rettale.

Per fluidificare l'espettorazione è utile la seguente formula:

Acetato di ammoniaca	gr. uno
Benzoato di sodio	gr. due
Tintura di lobelia	gr. due
Tintura di drosera	gr. due
Estratto fluido di gundelia	gr. due
Sciroppo di balsamo del tolu	gr. trenta
Acqua q. b. p. 120 cmc.	

un cuchiaino da caffè ogni due ore. Ben tollerata è l'antipirina che si può unire alla pozione precedente (0,30). Gli oppiacei vanno esclusi.

I sali di chinina amari si diano in supposti (solfato di chinino gr. 0,10, burro di cacao gr. 6 per una supposta infantile). Si può sostenere il cuore con 0,10 di tintura di digitale unita alla pozione precedente o data a dose di II gocce a X, tre volte al giorno.

Utile qualche goccia di adrenalina su un po' di zucchero.

I metalli colloidali (collargolo in frizioni, elettrargolo per cutem), qualche volta danno vantaggi. L'ossigeno è assai utile. Si ricordi di lottare fino alla fine, avendo spesso questi organismi giovani delle insperate risorse.

La sieroterapia non ha dato risultati ed espone a pericoli di anafilassi. La vaccinoterapia è da prendersi in maggiore considerazione. Essa è utilissima come preventiva nelle epidemie specie nella grippe con broncopolmonite. Utile nei primi tre giorni di malattia, in quanto pa-

re abbrevi il decorso e lo renda più benigno, è anche benefica nelle forme che decorrono subacutamente e accennano a prolungarsi troppo.

L. TONELLI.

Nella dispnea.

H. Schlungbaum (*Deutsche med. Wochens*, 1935, n. 24) considera essenzialmente il « fiato corto », cioè l'impoverimento di ossigeno derivante dall'esclusione di notevoli territori polmonari. In tali casi, egli consiglia le iniezioni endovenose di blu di metilene (10 cmc. di una soluzione all'uno per cento: *sic*), mediante le quali si ottiene diminuzione della cianosi ed alleviamento dei disturbi subbiettivi.

Il rimedio sarebbe da utilizzarsi soltanto nella cianosi di alto grado e nella dispnea di malati con broncopolmonite, polmonite crupale od inizio di polmonite ipostatica da debolezza cardiaca o vasale.

Nel meccanismo d'azione entrerebbe la facile ossidabilità e la riducibilità del blu di metilene. In alcuni casi, il rimedio salverebbe delle situazioni minacciose. *fil.*

Nel catarro nasale acuto.

Pr.: Fosfato di codeina.
Cloridrato di papaverina, ana mg. 15.
m. f. polv. di tali n. 6.
S. una al mattino ed a mezzodì; 3 alla sera.

MEDICINA SCIENTIFICA

Influenza del benzoato di sodio endovena sulla motilità gastrica.

M. Gavazzeni (*Arch. Ital. Mal. App. Diger.*, luglio 1935) servendosi del metodo viscerografico ha studiato l'influenza del benzoato di sodio endovena sulla motilità gastrica, constatando che alle iniezioni di benzoato di sodio consegue una riduzione della cinesi gastrica, spesso molto precoce nella sua comparsa, talora immediata, ed in molti casi tanto marcata da portare ad una completa ed assoluta scomparsa di ogni contrazione. A questa riduzione della cinesi gastrica si accompagna una più o meno accentuata riduzione del tono gastrico. La durata dell'azione del farmaco è lunga (fino a 40'-60' dall'iniezione). Il fenomeno si presenta tanto in soggetti affetti da ulcera e con ipercinesi più o meno spiccata quanto in soggetti normali. Non sono state osservate sostanziali differenze nel modo di comportarsi di fronte al benzoato dei soggetti affetti da ulcera gastrica in confronto a quelli con localizzazione dell'ulcera nel duodeno.

Tutto ciò ha un notevole interesse, in quanto è risaputa l'importanza che va attribuita alla riduzione della motilità dello stomaco per lo svolgersi del processo di riparazione della lesione ulcerosa.

C. TOSCANO.

NOMENCLATURA

Plasmodium immaculatum (Grassi e Feletti, 1892) Schaudinn (1902), è l'esatta denominazione per il parassita agente della malaria terzana maligna.

Sono queste le conclusioni a cui è giunto A. Giovannola (*Proceedings of the Helminthological Society of Washington*, luglio 1935): il nome P. falciparum, che è più generalmente usato, deve essere considerato un sinonimo. Leggendo il testo italiano di Grassi e Feletti, non vi può essere alcun dubbio che la « emoameba » della febbre perniciosa, organismo che è caratterizzato da spiccati movimenti ameboidi, che si riproduce senza mostrare traccia di pigmento, e la cui schizogonia avviene generalmente negli organi interni, sia la forma indicata dagli AA. italiani come « Haemomeba immaculata », e cioè la forma giovane del plasmodio della malaria terzana maligna.

L'esatto nome per il microrganismo è dunque di Plasmodium immaculatum (Grassi e Feletti 1892), Schaudinn 1902. Sono da considerare come sinonimi: Haemomeba immaculata (Grassi e Feletti 1892), Haemameba praecox, Laverania malariae, Hematozoon falciparum, Plasmodium falciparum.

G. LA CAVA.

VARIA

Plastiche criminali.

La *Berliner illustrierte Ausgabe* dell'11 settembre c. a. ha da New York che a S. Francisco è stato arrestato il dottor Teodoro Harrock sotto l'imputazione di alterare la fisionomia di delinquenti ricercati dalla polizia.

Il dottor Harrock mediante opportune plastiche modificava la forma del naso o delle orecchie dei gangster in modo da renderli irriconoscibili. Praticava anche abilmente la trapiantazione di parti epidermiche delle mani in modo da alterare le impronte digitali. Si era poi specializzato nelle operazioni sugli occhi: non solo trasformava i cinesi in europei, ma dava l'aspetto mongolico a visi schiettamente americani.

Il dottor Harrock che era in relazione con i bassi fondi della metropoli della California si è difeso affermando che egli non conosceva i motivi per i quali venivano richieste le modificazioni dei connotati e che egli non aveva il diritto di domandarli.

Risulta d'altra parte, che le operazioni del genere si praticano su larga scala nei così detti « Sanatori per cosmesi » che sono sorti come funghi su tutto il territorio degli Stati Uniti e che vivono solo dell'opera prestata a clienti che hanno da nascondere qualche cosa alla giustizia.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Corte di disciplina per i professori.

Con recente Decreto Reale è stata nominata la Corte di disciplina per i professori degli Istituti d'istruzione superiore. Essa è costituita dal Sottosegretario di Stato per l'educazione nazionale, presidente; prof. Dante De Blasi, Accademico d'Italia; prof. Pietro De Francisci, deputato al Parlamento; prof. Alessandro Ghigi, deputato al Parlamento; prof. Mattia Moresco, senatore del Regno; prof. Giovanni Perez, prof. Silvio Pivano, prof. Vittorio Rossi, prof. Giuseppe Tassinari.

Cronaca del movimento professionale.

Per il passaggio degli Ordini ai Sindacati.

Il Segretario del Sindacato Medico Nazionale, on. prof. E. Morelli, ha pregato i Segretari e Commissari dei Sindacati Provinciali Medici di prendere subito accordi coi Commissari degli Ordini dei Medici per il passaggio — ove ancora non fosse avvenuto — delle consegne di tutto quanto appartiene ai cessati Ordini.

Il passaggio delle consegne deve essere effettuato, previo accordo circa il giorno e l'ora, alla presenza di un rappresentante di S. E. il Prefetto, tra il dirigente del Sindacato e il Commissario dell'Ordine. Si deve redigere un verbale di consegna, che deve portare l'esatta consistenza patrimoniale passata ai Sindacati dai cessati Ordini, dandone notizia al Segretario Nazionale.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vendita di medicinali al pubblico.

L'Agenzia « Delta » ha notizia che il Ministero dell'Interno, in esito ad analogo quesito prospettatogli dalla competente organizzazione sindacale dei farmacisti, ha fatto presente di avere già da tempo avvertito i Prefetti del Regno come dovesse ritenersi vietata ai produttori e ai grossisti la vendita dei medicinali al pubblico, essendo tale vendita riservata ai farmacisti e dovendo effettuarsi nelle farmacie, aggiungendo di non ravvisare la necessità di emanare norme e istruzioni sull'argomento ai Prefetti stessi.

In merito ha osservato non apparire dubbio che, a raggiungere lo scopo cui tende il Sindacato Nazionale dei Farmacisti, di porre cioè un argine alle abusive vendite effettuate da produttori e grossisti sia al pubblico che ad amministrazioni pubbliche e private, costituisce rimedio più efficace la denuncia delle vendite anzidette al Prefetto o direttamente all'autorità giudiziaria competente: costituendo esse, a termini dell'art. 122, ultimo comma, del Testo Unico delle leggi sanitarie, reato punibile con l'ammenda di lire 500.

A seguito di che i Segretari provinciali dei Sindacati Farmacisti sono stati invitati ad attenersi rigorosamente a tali norme, assicurandoli che nel combattere l'inveterato ed illegale sistema di vendita diretta dei medicinali al pubblico, agli enti, alle mutue, ecc. da parte dei produttori e grossisti essi saranno pienamente sostenuti anche dal Sindacato nazionale di categoria. Per quanto riguarda la fornitura dei medicinali all'Ente della Mutualità scolastica sono attese ulteriori istruzioni essendo il problema allo studio presso il Ministero delle Corporazioni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BRESSANONE (*Bolzano*). — Comune cerca Medico Assistente per sanatorio malattie di petto. Assunzione immediata. Per chiarimenti rivolgersi al Comune. (Commissario Prefettizio: dott. Bettarini).

MANTOVA. *Ospedale Civile*. — Scad. 20 novembre. Concorso a 6 posti di Medico Assistente. Stip. lire 5500. Indennità temporanea di caroviveri. Compartecipazione. Età massima anni 30 s. e. l. Tassa L. 50. Ulteriori informazioni dalla Segreteria.

NAPOLI. *Amministrazione Ospedali Riuniti*. — Concorso per titoli ed esami al posto di Direttore Chirurgo Urologo del Reparto di Urologia e dell'ambulatorio per malattie urinarie dell'Ospedale degli Incurabili. Domande in carta bollata e documenti devono essere presentati entro il 10 dicembre p. v.

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi*. — Concorso, per titoli, al posto di Primario Chirurgo. La scadenza è prorogata fino al 10 dicembre 1935. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Nardò.

CONCORSI A PREMI.

Premio Devoto.

Il 31 dicembre 1935, si chiude il concorso per il premio internazionale biennale della Fondazione « Luigi Devoto » di L. 10.000 all'autore di un lavoro pubblicato, il quale « abbia portato un contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro ».

Sono ammessi soltanto i lavori pubblicati dal 1° gennaio 1934 al 31 dicembre 1935. Possono concorrere italiani e stranieri che abbiano presentato le loro pubblicazioni in una delle 5 lingue: italiano, francese, inglese, spagnuolo e tedesco; i concorrenti stranieri dovranno unire al lavoro un sunto in italiano o francese.

Le opere dovranno essere indirizzate al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, via Brera 28, Milano.

Il premio del biennio 1928-29, su 10 concorrenti, venne vinto dal prof. L. Teleky di Düsseldorf; il premio del biennio 1930-31, su 12 concorrenti, dal prof. Jötten di Münster e quello del biennio 1932-33, su 18 concorrenti, dal dott. Alfredo Ferrannini.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il premio Nobel per la medicina (1935) è stato conferito al dott. Hans Stemann, professore di zoologia nell'Università di Friburgo (Germania), per i suoi lavori sugli effetti dello sviluppo embrionale.

Il dott. Luigi Celletti, degli Ospedali Riuniti di Roma, è stato, su proposta del Ministero degli Esteri, nominato direttore degli Ospedali Riuniti e chirurgo primario dell'Ospedale Centrale della Commissione Europea del Danubio a Sulina (Romania).

Nelle Facoltà mediche hanno avuto luogo numerosi spostamenti di professori titolari, oltre quelli da noi già segnalati.
Si tratta di studiosi di alta reputazione e già trenati da lunghi anni all'insegnamento.
Ci limitiamo a registrare le nomine di cui abbiamo sicura notizia. A Roma passano, da Napoli, il prof. Giuseppe Caronia, per la clinica delle malattie infettive, e il prof. V. Cavara, per la clinica oculistica; a Genova passano il prof. Giuseppe Sabatini da Sassari, per la clinica medica, e il prof. Carlo Verdozzi da Cagliari, per la patologia generale; il prof. Luigi D'Amato, a Napoli, è trasferito dalla patologia medica alla clinica medica; i proff. Ignazio Fazzari, di anatomia umana, e Alfredo Coppola, di clinica neuro-psichiatrica, entrambi a Messina, passano rispettivamente a Firenze ed a Palermo.

Il prof. Emanuele Freund, di Trieste, in seguito al notevole contributo da lui portato al recente Congresso internazionale di dermatologia tenutosi a Budapest, è stato nominato membro d'onore corrispondente della Società dermatologica ungherese e insignito di medaglia d'argento per la sua esposizione scientifica fatta al congresso (fotografie, microfotografie ecc.).

NOTIZIE DIVERSE

Anno XIV.

Il nuovo anno dell'Èra Fascista si annunzia denso di eventi. Mentre tutta l'anima della Nazione si protende agli avvenimenti dell'Africa Orientale e alle lotte internazionali che essi destano, la popolazione italiana si stringe compatta, sicura e decisa intorno al suo Duce.
Malgrado le difficoltà, non si è affievolito l'intenso ritmo di vita instaurato dal Fascismo e un'immensa mole di opere pubbliche viene inaugurata nella ricorrenza della Marcia su Roma.
Tra di esse, come di consueto, molta parte hanno le opere igienico-sanitarie e medico-assistenziali, che attestano le solerti cure rivolte dal Regime al benessere nazionale.
L'opera dell'Italia fascista procede vittoriosa e senza soste.

Africa Orientale Italiana.

Efficienza dell'attrezzatura igienico-sanitaria italiana.

Il « Popolo d'Italia » del 22 ottobre reca, in una corrispondenza di Mario Appelius da Asmara:
Il senatore Castellani, di ritorno dall'aver compiuto un'ampia indagine lungo la fronte delle nostre truppe, nelle retrovie e tra gli indigeni della zona occupata, ha dichiarato che l'attrezzatura igienico-sanitaria è dovunque in piena efficienza. Egli ha inoltre smentite le voci secondo le quali l'acqua non sarebbe sufficiente. Anche il servizio idrico funziona ottimamente. Numerose sono le sorgenti che dànno acqua abbondante e più che sana.

Il « Giornale d'Italia » del 23 ottobre, in una corrispondenza di F. Chiarelli, reca:
Nei territori occupati le provvidenze sanitarie e profilattiche sono in piena applicazione. Le visite agli indigeni vengono fatte a centinaia al giorno dai medici delle nostre ambulanze, i quali provvedono ad isolare immediatamente i contagiosi.

« Il Messaggero » del 23 ottobre reca, in una corrispondenza:
Le popolazioni cominciano a godere i vantaggi dell'occupazione e della civiltà italiana. Dinanzi all'ambulatorio medico di Adua si forma ogni mattina una lunga fila di indigeni bisognosi di assistenza sanitaria. Si presentano disciplinatamente dinanzi ai nostri medici, si profondono in inchini che vanno sino a terra; ascoltano attentamente quanto viene loro chiesto o detto attraverso l'interprete.
I sanitari compiono la loro opera come un vero apostolato, sono larghi di attenzioni e di consigli, provvedono alla distribuzione dei medicamenti che la cura richiede.

In una corrispondenza per cablogramma al « Paris Soir » il giornalista Henry de Montfreid racconta di aver veduto alcuni prigionieri etiopi fatti dagli italiani baciare le mani degli infermieri e del medico militare italiano, non potendo credere che fosse loro risparmiata una atroce sorte. L'inviato speciale di « Paris Soir » cita anche il rinvenimento di una mitragliatrice inglese di ultimissimo modello, con pallottole dum dum, il che dimostra chiaramente da quale parte si ricorra alle armi sleali e costituisce quindi la più opportuna risposta alle accuse rivolte alle nostre truppe dal governo di Addis Abeba.
Altre notizie concordano con le precedenti.

Il sen. Castellani ha fatto all'inviato dell'« Agenzia Stefani », il 26 ottobre, in Asmara, dichiarazioni del tutto rassicuranti sullo stato igienico-sanitario delle nostre truppe e delle masse operaie, in particolare per quanto concerne la vittitazione, i rifornimenti idrici e l'assistenza medica, estesa alle popolazioni indigene.

Forze sanitarie per l'A. O.

Sono partiti da Milano per Napoli e per l'Africa Orientale, centocinquanta soldati della Sanità, i quali erano stati completamente equipaggiati all'Ospedale militare di Baggio. Sono stati assai festeggiati dalle autorità e dalle patronesse dell'Associazione del Fante.

Moltissimi sono i medici partiti volontari per l'A. O. Ne daremo ulteriori notizie.

Gl'italiani fanno una guerra umanitaria.

Il medico americano Robert Hockman, capo dell'unico ospedaletto da campo sul fronte etiopico nell'Ogaden, ha dichiarato al corrispondente della « United Press » che, contrariamente a quanto egli stesso aveva detto, le truppe italiane non hanno fatto uso di gas asfissianti o di altri mezzi di guerra chimica.
Non essendo pratici di proiettili di artiglieria o di bombe di aeroplani gli abissini hanno probabilmente creduto che il fumo prodotto dalle esplo-

sioni fosse nuvola di gas. Da ciò, verosimilmente, è nata la voce che gli italiani impiegavano mezzi chimici.

Assistenza sanitaria in Etiopia.

Alcuni medici europei recatisi in Etiopia per assistere i feriti sono stati arrestati come sospetti di spionaggio.

L'industria idro-termale per le Forze Armate operanti in A. O.

Si è riunita la Giunta Esecutiva della Federazione dell'Industria idro-termale che ha esaminato ampiamente la situazione dell'industria, la quale nella trascorsa stagione ha in genere segnato risultati soddisfacenti. Ha esaminato inoltre i più importanti problemi contingenti ed ha deliberato di porre a disposizione delle Forze Armate, esclusa ogni presunzione di lucro, i presidii locali di cura e di ospitalità degli organi federali per le eventuali esigenze sanitarie dell'esercito operante in Africa.

Solidarietà latina.

Tra le manifestazioni di solidarietà venute all'Italia da altri Paesi, notevole è il manifesto degli intellettuali francesi. « L'Avvenire Sanitario », d'intesa col Sindacato Nazionale Medico, ha risposto con un appello ai medici francesi, il quale ha avuto larga eco nei circoli medici francesi, tra cui l'Accademia di Medicina di Parigi.

Il « Comité France-Italie » ha approvato la seguente dichiarazione:

« I medici di Francia, raccolti intorno alla Sezione medica del Comitato Francia-Italia, rispondendo all'appello commovente del Sindacato nazionale dei medici italiani, esprimono a questi i loro sentimenti di amicizia fraterna. Durante le ore gravi che attraversa l'Italia ed in cui forze contrastanti possono precipitare la civiltà occidentale nel disordine, sentono il valore essenziale della Latinità. Penetrati d'una stessa cultura, obbedienti alle stesse discipline, forti dell'influenza che il loro compito sociale loro conferisce, non possono ammettere un disaccordo, che sarebbe mostruoso ».

Il prof. Sanarelli, membro dell'Accademia di Medicina di Parigi e dell'Istituto di Francia, ha pubblicato negli « Ann. d'Igiene » un articolo in cui esalta la solidarietà italo-francese e rileva che l'azione diretta dall'Inghilterra e da Ginevra contro l'Italia, ha per unico risultato di unire ed animare sempre più tutto il popolo italiano, nell'incrollabile proposito di perseverare.

I Congressi di Bologna.

Il 26° Congresso della Società italiana di ortopedia si è inaugurato il 21 ottobre, nel celebre Teatro anatomico dell'Archiginnasio.

Dopo i rituali discorsi di saluto del Commissario prefettizio del Comune, del prof. Martinotti per la Università e del prof. Gaetani, presidente della Società italiana di ortopedia, ha pronunciato il discorso inaugurale il prof. Vittorio Putti. Rilevato che il Congresso si svolge nel sacrario delle più nobili tradizioni scientifiche bolognesi, con felice impeto oratorio il prof. Putti eleva il pensiero alla Maestà del Re e a Benito Mussolini, con gli auguri più vivi ai nostri fratelli che stanno riconsacrando all'Italia le terre bagnate dal sangue dei nostri Eroi. Illustra quanto provvidenziale sia l'opera di questa specialità chirurgica nell'atmosfera in cui pulsa oggi l'anima della Nazione tutta, sostenendo la necessità della cura dei traumatizzati che oggi, dato il febbrile ritmo moderno, superano le vittime dei morbi infettivi.

Seguirono le relazioni e comunicazioni.

Il congresso si è chiuso il 22 ottobre, con una seduta operativa.

Si sono approvati due voti: uno perchè l'insegnamento dell'ortopedia sia tenuto nella massima importanza e svolto in ogni Università del Regno; l'altro per mettere in evidenza la necessità che reparti ortopedici-traumatologici vengano istituiti nei principali centri ospedalieri, affinchè siano ad essi affidati i traumatizzati in tempo di pace e, sovratutto, in tempo di guerra.

Il congresso nazionale di radiobiologia si è tenuto contemporaneamente a quello di ortopedia. L'inaugurazione ha avuto luogo nell'Aula Magna dell'Archiginnasio; dopo la lettura delle adesioni, tra cui molte dall'Estero, e il saluto del prof. Bellei per il Commissario prefettizio, parlarono il rettore magnifico, presidente del Congresso, prof. Ghigi, che ha rievocato Luigi Galvani, e il dott. Protti, reggente la Società internaz. di radiobiologia. Nelle sedute successive si tennero varie relazioni e comunicazioni; in particolare il prof. Lenzi (Bologna) trattò il tema « Energie radianti ed energie cellulari »; il prof. Maxia (Cagliari) riferì su « l'effetto Gurtwitch e i suoi rivelatori »; i proff. Ponzio e Conti (Torino) sugli « ultra-suoni in biologia »; il prof. De Toni su « I processi fotochimici in biologia »; il prof. Bianchi (Genova) sulle « Influenze delle onde corte sulla glicoregolazione »; ebbero luogo moltissime altre comunicazioni.

Il congresso nazionale di oto-rino-laringologia di cui demmo già una notizia preliminare, si è chiuso il 22 ottobre, dopo una serie di comunicazioni, tra cui alcune di studiosi stranieri come Ramadier di Parigi, Kelemen, Pick e De Kassay di Budapest.

Si è tenuta una seduta operativa nella Clinica o.-r.-l. dell'Università; hanno operato i proff. Caliceti (Bologna), De Kassay e Kelemen (Budapest), Vigi-Sansevero (Milano) ed altri.

Il congresso si è chiuso con un vibrante saluto del dott. De Kassay, che ha formulato voti ardentissimi per la vittoria delle armi italiane e la prosperità del popolo italiano, al quale tutti gli ungheresi guardano con ammirazione ed affetto.

È stata prescelta Torino come sede del futuro congresso nazionale.

Il 2° Congresso nazionale di medicina sportiva si è svolto il 22 e il 23 ottobre. Dopo un saluto del prof. Pini, per il Commissario prefettizio del Comune, hanno parlato il rappresentante del C.O.N.I., comm. Grumelli, il prof. Ottolenghi per il rettore, il prof. Bruni per la Facoltà medica, e il prof. Cassinis presidente del Congresso. Sono state molto discusse le relazioni, tra cui quelle del prof. Pini su « L'attività dei medici dello sport dedotta dalle osservazioni e dalle esperienze », del prof. Cassinis sulla « Statistica degli infortuni nel primo anno di funzionamento della Cassa interna di previdenza del C.O.N.I. », del prof. Pastorino su « La ginnastica e lo sport nella scuola »; della dott.a Ratti-Martines su « Lo sport femminile »; del prof. Falcone-Gallerani su « Lo sport come profilassi e terapia delle malattie interne » e altre.

Speciale solennità ha assunto l'inaugurazione dei due congressi di medicina interna e di chirurgia (23 ottobre) e grande sviluppo hanno avuto i relativi lavori (durati fino al 26 ottobre).

Ne cominciamo il resoconto in altra parte del giornale.

Il Congresso di medicina interna è stato onorato da una visita di S. M. la Regina, che ha voluto ascoltare una conferenza del prof. Panegrossi su « La cura bulgara dell'encefalite letargica », cura patrocinata, con senso di altissima umanità, dall'Augusta ospite.

Il sen. Maragliano pronunziò parole di ringraziamento e di omaggio.

La Sovrana ha poi visitato le due Mostre del libro, ove si è interessata ad alcuni preziosi cimeli, e la Mostra dei prodotti chimici e farmaceutici e del materiale sanitario: quivi si è soffermata negli stand dell'Istituto sieroterapico di Siena e in quello della « Buitoni » di Sansepolcro e si è degnata d'intrattenersi col prof. D. Neri e col dott. G. Buitoni, congratulandosi per la loro filantropica opera di assistenza all'infanzia.

Ha espresso il suo alto compiacimento al comm. Pascucci, commissario prefettizio del Comune e presidente del Comitato ordinatore dei Congressi.

Si è poi recata anche nella Clinica neuro-psichiatrica, diretta dal prof. Ceni, ove ha visitato il reparto post-encefalici.

Ovunque è stata fatta segno a calorosissimi applausi.

Il 24 e il 25 si è tenuto il Congresso della Società italiana di chirurgia riparatrice, plastica ed estetica. All'inaugurazione il prof. Manna, presidente della Società, ha parlato sulla storia della chirurgia plastica in Italia. Sono state fatte numerose comunicazioni, tra cui alcune di stranieri: Bankoff (Londra), Claoué (Parigi), Coelst (Bruxelles), Dartigues (Parigi), Eckstein (Berlino) ecc.

Il 10° Congresso della Soc. it. di urologia (26-27 ottobre) si è occupato della « Cancerizzazione dell'adenoma prostatico », su cui ha svolto una pregevole relazione il prof. E. Mingazzini di Roma. Sullo stesso tema si sono svolte varie comunicazioni e discussioni. Altre comunicazioni sono state fatte sull'argomento.

Al 1° Congresso di anestesia e anelgesia (26-27 ottobre) il prof. Lunedei di Firenze ha tenuto una relazione sul tema: « Valutazione del sintomo dolore delle malattie degli organi interni »; il prof. Dogliotti di Torino ha illustrato un nuovo apparecchio per lenire i sintomi di dolore ed ha pure illustrato il problema della anestesia di guerra a beneficio dei feriti dalle armi belliche.

Al Congresso dell'Associazione Naz. di idro-climatologia (26-27 ottobre) hanno tenuto relazioni il prof. Pincherle di Bologna su « Provvidenze idrologiche e termali per la tutela dell'infanzia », e il prof. Adriano Valenti di Milano su « Le cure termali nelle forme blenorragiche ». Sono state fatte varie comunicazioni. Venne compiuto un pellegrinaggio a Predappio e il convegno si è sciolto a Fratta, ove furono visitate le grandiose « Terme dei Lavoratori » dovute all'I. N. F. per la Previdenza Sociale.

Si è, così, chiusa la serie dei congressi.

Anche quando non è stato detto espressamente, tutti i congressi hanno inoltrato telegrammi di omaggio ai massimi esponenti della Nazione: il Re e il Duce.

La nomina dei presidenti delle Accademie artistiche e scientifiche.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il regio decreto-legge 26 settembre 1935-XIII, contenente norme per le nomine dei presidenti e dei vice presidenti delle Accademie, degli Istituti e delle Associazioni di scienze, lettere ed arti.

Il decreto stabilisce:

Spetta esclusivamente al Ministro per l'Educazione Nazionale di promuovere la scelta o di scegliere, tra i soci ordinari delle Accademie, dagli Istituti e delle Associazioni di scienze, lettere ed arti, le persone alle quali conferire con decreto reale o ministeriale, le cariche di presidente o di vice presidente dei Sodalizi stessi.

Sono abrogate le disposizioni contenute negli statuti degli Enti predetti, le quali siano in contrasto con quella del comma precedente.

Nulla è innovato per quanto riguarda la nomina alle cariche della R. Accademia d'Italia.

Un po' dovunque.

Le autorità militari inglesi, dietro ordini dell'Alto Commissario, hanno preso possesso del più grande e lussuoso albergo di Alessandria d'Egitto, il Casino Santo Stefano, ed hanno iniziato i lavori per trasformarlo in ospedale militare.

Il Congresso internazionale sulla gotta e sull'acido urico, tenutosi a Vittel dal 14 al 16 settembre, ha raccolto circa 350 partecipanti, tra cui per l'Italia il prof. P. Alessandrini, il dott. G. Alberti e il dott. A. Strumbolo. Questi, volontario garibaldino delle Argonne, pronunziò un applaudito discorso che dette luogo a una manifestazione di entusiasmo all'indirizzo dell'Italia e del Duce. Il prof. Carnot e il sen. Barbier risposero con elevate parole di simpatia per l'Italia.

Al banchetto di chiusura del Congresso della Società francese di oto-rino-laringologia, tenutosi il 16 ottobre a Parigi, una viva dimostrazione di simpatia venne rivolta all'Italia, che era rappresentata dal dott. P. C. Monti di Milano.

L'Associazione Americana di Sanità Pubblica si è adunata dal 7 al 10 ottobre in Wilwankee; contemporaneamente ebbero luogo molte altre riunioni: di medici scolastici, delle donne addette alla sanità pubblica, degli ispettori del latte e degli alimenti ecc. Dal 4 al 6 ottobre si adunò l'Istituto di propaganda sanitaria.

Le quarte giornate mediche galizio-portoghesi si sono tenute dal 23 al 30 settembre a Orense; sono valse a rafforzare i legami culturali ispano-lituani. Il futuro convegno si terrà ad Oporto nel 1937.

Il 3° Congresso nazionale dei gruppi naturisti e futuristi si è tenuto a Torino, il 22 ottobre, nei locali della Mostra del naturismo, al Palazzo delle Belle Arti (Valentino). Sono state fatte molte comunicazioni di medicina e d'igiene. I lavori sono stati chiusi con un saluto al Duce.

La Società Medica del Friuli si è adunata il 27 giugno e il 26 settembre; sono state fatte comunicazioni da: D. Bettini, G. Pieri, V. Gualdi, L. De Faveri, G. Lise, P. Pittoni, G. Molinis; G. Pieri, L. Copetti, D. Zanetti - G. Minciotti, V. Gualdi.

La Società Medico-Chirurgica della Romagna si è adunata a Faenza il 22 settembre, sotto la pre-

sidenza del prof. F. Giugni, assistito dal segretario dott. P. Galli. Sono state fatte comunicazioni da: L. Fontana (Ravenna), P. Emiliani (Dovadola), D. De Pol (Cesena).

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 15 ottobre. sotto la presidenza del prof. D'Alessandro. Sono state fatte comunicazioni da: A. Riva, Chiabow, Fiamberti.

Nel luglio scorso la Società Medico-Chirurgica Bergamasca si riunì in una seduta straordinaria alle Terme di Trescore Balneario, aderendo all'invito della Direzione Sanitaria delle Terme stesse, per trattare delle diverse forme morbose che si possono giovare dell'azione curativa delle acque solfo-iodiche-bromo-calciche di queste fonti. V'intervennero numerosi soci e qualche personalità medica della vicina Milano, fra i quali il prof. Piccinini, pioniere e cultore appassionato della Idro-climatologia.

La Società Medica di Berlino festeggia il 31 ottobre il suo 75° anniversario. Essa venne costituita il 31 ottobre 1860, con la fusione della « Società per la medicina scientifica » e della « Lega dei medici di Berlino »; il discorso inaugurale fu allora pronunziato da A. von Grafe; tra i presidenti la Società vanta Virchow, v. Bergmann, Senator, Orth, Kraus, Goldscheider e tra i segretari Benda, Adam, Hansemann.

Nella Scuola Agricola Missionaria Salesiana di Cumiana si è tenuto un corso d'igiene missionaria, cui hanno partecipato i giovani salesiani destinati alle varie Missioni di Don Bosco Santo. Il corso è stato voluto dal Rettor Maggiore, e da lui inaugurato e concluso. Le lezioni sono state impartite dal prof. E. Zavattari, dell'Università di Pavia, e dal dott. G. Monti, medico provinciale di Alessandria; fungevano da assistenti due salesiani dottori in medicina ed uno ex-farmacista.

È morto nell'Ospedale di Brisighella (Faenza) un bambino che, caduto in un paiolo d'acqua bollente, era stato curato dai genitori, delle gravi scottature riportate, cospargendone il corpo con inchiostro nero.

Con ETTORE MARCHIAFAVA la famiglia medica ha perduto uno dei suoi più illustri e degni rappresentanti. Del grande studioso, clinico e maestro diremo in un prossimo numero.

* * *

Per desiderio espresso dell'Estinto, i funerali si sono svolti in forma privata e sono stati modestissimi; vi hanno partecipato alte personalità, numerosi estimatori, moltissima parte del mondo medico romano.

Il Capo del Governo ha mandato alla Famiglia le sue personali condoglianze.

* * *

Per deliberazione della Croce Rossa Italiana, il Sanatorio Cesare Battisti ha intitolato un proprio padiglione all'illustre Scienziato, nell'intento di ricordarne perennemente l'opera che Egli svolse a favore dell'Istituto stesso.

* * *

Dinanzi alle Sezioni riunite del Congresso internazionale degli Studi romani, il sen. Millosevich ha commemorato con nobili parole l'illustre clinico romano sen. Marchiafava, rapito alla scienza ch'Egli altamente onorava. Il prof. G. Alessandrini, nella sua relazione « Scuola italiana e romana negli studi sulla malaria », ha lumeggiato l'opera del Marchiafava.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 30 settembre al 6 ottobre: Morbillo 125 (417); Scarlattina 155 (366); Pertosse 63 (181); Varicella 41 (81); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 476 (942); Infezioni paratifiche 91 (125); Febbre ondulante 17 (20); Dissenteria 11 (14); Difterite e croup 254 (442); Meningite cerebro-spinale epidemica 2 (2); Poliomielite anteriore acuta 23 (29); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 4 (4); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 41 (61), dichiarata — (—); Pustola maligna 34 (40).

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 11 Novembre 1935 - XIV Num. 45

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA

I° PADIGLIONE CHIRURGIA

Sulla diagnosi e la cura delle ulcere gastriche e duodenali.

Prof. VITTORIO PUCCINELLI, primario.

Ho avuto occasione di trattare chirurgicamente circa 800 casi di ulcere gastriche e duodenali. Sul totale, 84 sono reinterventi, cioè casi nei quali la primitiva cura chirurgica era stata inutile o dannosa e sono quelli che per me sono stati più dimostrativi nei riguardi delle indicazioni terapeutiche e anche della essenza della malattia.

Io ho la convinzione che i casi che noi continuiamo a diagnosticare come ulcere gastriche e duodenali non sono i casi che 30 o 40 anni fa venivano descritti con la stessa qualifica. Da allora ad oggi le osservazioni chirurgiche ed anatomo-patologiche si sono moltiplicate, il quadro clinico si è ingrandito; per cercare di precisare la sintomatologia e di comprendere la patogenesi si sono venuti ad aggiungere al quadro clinico «ulcera» altri aspetti che prima erano considerati caratteristici di altre sindromi: ora siamo giunti al punto che molte volte, di fronte ad un complesso di sintomi e di reperti che noi giudichiamo «caratteristici», facciamo diagnosi di «ulcera» e l'ulcera non c'è, e siamo spesso costretti a dichiararci soddisfatti della nostra diagnosi se al tavolo operatorio riusciamo a scoprire un'erosione mucosa di qualche millimetro d'estensione che giustifichi a noi stessi la qualifica diagnostica di «ulcera» che avevamo pronunciato.

A me sembra che dietro al nome di «ulcera», che noi continuiamo a mantenere in primo piano, l'orizzonte clinico è completamente cambiato: noi chiamiamo «ulcera» una malattia che è la causa dell'ulcera e che evolve insieme con l'ulcera giungendo spesso ad un'inversione completa di valori riguardo a quello che è la causa e quello che è l'effetto. Di fronte all'esistenza di una sintomatologia subiettiva ed obiettiva che costituisce l'insieme di tanti casi che oggi studiamo, noi insistiamo nel considerarci in errore se all'osservazione diretta manca il reperto evidente

di un'ulcera, come se la presenza di una qualunque erosione della mucosa gastrica e duodenale che talvolta troviamo potesse costituire il motivo d'insorgenza e la base di evoluzione di tutto il resto dei sintomi e la entità patologica principale da mettere alla fonte di tutto il quadro clinico.

Io credo perciò che ormai sarebbe tempo di distinguere nella massa dei casi che si raggruppano sotto la qualifica di ulcere gastriche e duodenali almeno due gruppi: quelli nei quali la malattia è veramente costituita essenzialmente dal fatto ulcerativo e quelli nei quali il fatto ulcerativo è appena un episodio che qualche volta neanche si riesce a mettere in evidenza: a me sembra che sarebbe assai opportuna tale distinzione e quindi l'adozione di due differenti qualifiche perchè l'indirizzo terapeutico deve avere indicazioni e mète molto differenti a seconda che si tratti dell'uno o dell'altro caso e cioè che si tratti di curare l'ulcera oppure la malattia che può far sorgere l'ulcera.

Il trattamento di un'ulcera varicosa e il trattamento delle varici sono due fatti ben differenti.

Noi abbiamo riunito oggi sotto la qualifica di « ulcere » tante di quelle malattie che prima venivano qualificate dispepsie, ipercloridrie, nevrosi, ecc., perchè, operando, abbiamo trovato che a molte di quelle sindromi cliniche corrisponde spesso la presenza di fatti ulcerativi gastro-duodenali e abbiamo continuato ad usare metodi di trattamento chirurgico che erano stati applicati al trattamento delle ulcere vere e proprie.

A me sembra che sotto la diagnosi di « ulcera » debbano essere considerati soltanto quei casi di cui si legge la descrizione del quadro clinico nei trattati di 40 e 50 anni fa, nei capitoli: « Ulcere rotonde dello stomaco », « Ulcera perforante del duodeno », « Ulcere croniche gastriche e duodenali ». La diagnosi di questi casi è anamnestica e radiologica, la cura chirurgica adatta può promettere la sicura guarigione. Gli altri casi non dovrebbero essere qualificati « ulcere »; sono i casi nei quali l'ulcera è una piccola lesione, può anche non esistere e il substrato anatomo-patologico può ridursi all'iperemia o all'edema della mucosa, mentre la sintomatologia subiettiva può essere assai rilevante, e in quella obbiettiva possono esserci anche episodi di importanza vitale come le emorragie gravi.

Queste considerazioni possono essere messe in evidenza aritmetica se si confrontano le statistiche e i dati clinici dei malati in uno stesso reparto a distanza di 20 anni.

Nel 1° Padiglione del Policlinico la proporzione annuale in 20 anni è variata così: nel 1913 su 788 interventi ce ne erano 37 per ulcere gastro-duodenali; nel 1933 su 1271 interventi ce ne sono stati 211 per ulcere: la chirurgia delle ulcere in 20 anni è passata a costituire la sesta parte di tutti gli interventi del reparto mentre prima ne costituiva la ventesima parte. Perciò io credo che bisognerebbe cominciare col modificare la qualifica diagnostica delle malattie che ora chiamiamo « ulcera gastrica e duodenale » e scindere il complesso di malati che si riunisce oggi sotto quella diagnosi almeno in due gruppi: in un gruppo io riunirei i casi che direi delle « ulcere » classiche, nel quale dovrebbero essere compresi quelli nei quali la massima parte del quadro clinico è in relazione col fatto ulcerativo: sono i casi nei quali generalmente la malattia « ulcerogena » è spenta ed esiste invece l'ulcera: sono i casi, per intendersi, di venti e trenta anni fa, per i quali salì in alto onore la gastroenterostomia e per i quali la chirurgia assicurò risultati talmente buoni da giustificarne la grande estensione. che poi però ha potuto mantenere le promesse soltanto a prezzo di operazioni demolitive: nell'altro gruppo io metterei i casi, che oggi sono la maggioranza, nei quali il fatto ulcerativo è soltanto uno dei sintomi della malattia che è in evoluzione e spesso costituisce la parte minima di tutta la sindrome, assurgendo ad importanza essenziale soltanto nei casi di emorragia o di perforazione. Anche in considerazione delle lesioni anatomo-patologiche i due gruppi si presentano distinti: basta riportarci avanti gli occhi l'aspetto delle grosse ulcere con penetrazione di due o tre centimetri negli organi vicini, decorrenti con scarsissima sintomatologia, e le superficiali lesioni della mucosa gastrica e duodenale, accompagnate da un'imponente sintomatologia subiettiva, per avvedersi che il raggruppamento sotto la stessa qualifica non corrisponde alla realtà clinica. Se anche si volessero considerare i due aspetti, così dissimili, come le fasi estreme della stessa malattia, sarebbe necessario mantenere la distinzione clinica per l'importanza che può avere per l'indirizzo terapeutico, perchè ben differente è la cura di una malattia all'inizio, durante l'evoluzione o negli esiti.

Nel campo della diagnosi è chiaro che nel primo gruppo vanno considerati i fatti dovuti alla lesione ulcerativa vera e propria (dolori dovuti alla penetrazione negli organi vicini, emorragie, deformazione delle pareti gastriche e duodenali) e nel secondo gruppo in-

vece i fatti in relazione con la malattia gastroduodenale che può produrre l'ulcera. Alla base della diagnosi resta sempre l'indagine anamnestica, poi quella radiologica e poi la ricerca di laboratorio.

Per la parte anamnestica nei casi di « ulcera » vera io trovo i punti salienti nella lunga storia, nel fatto molto frequente del cambiamento del tipo delle sofferenze e cioè nel passaggio dalla periodicità alla continuità della sindrome subiettiva, dalla imprecisione alla localizzazione fissa del dolore; nei casi di « malattia ulcerogena », la storia offre la tipica periodicità, accessuale, spesso stagionale, della sindrome, la regolarità oraria delle sofferenze, la vaghezza delle sensazioni subiettive come la languidezza, la fame dolorosa, il bruciore.

L'indagine radiologica, così come oggi viene compiuta, è, secondo me, una prova evidente dell'errato indirizzo verso il quale punta lo sforzo diagnostico. Oggi l'indagine radiologica generalmente tende quasi esclusivamente allo scopo di mettere in evidenza il fatto ulcerativo; direi che è la vittima della diagnosi clinica: siccome la malattia, in ogni caso, viene chiamata « ulcera », la radiologia si accanisce a mettere in evidenza l'ulcera e ammette o esclude la diagnosi a seconda che riesce o no a dimostrare la presenza di un'ulcerazione. La realtà anatomopatologica di quella formazione che i radiologi chiamano « nicchia » corrisponde spesso a una minima lesione ulcerativa mucosa e sottomucosa, intorno alla quale si verificano alterazioni della parete gastrica e duodenale che, radiologicamente, dànno una figura di profondità che non è anatomica, ma funzionale, sicchè spesso accade di trovare, dopo un reperto radiologico di nicchia di uno o due centimetri di profondità, una ulcerazione profonda 2 o 3 millimetri. D'altra parte può invece non essere dimostrabile radiologicamente un'ulcera cronica anatomicamente profonda anche due o tre centimetri. La radiologia quindi non deve peccare di « presunzione », ma, se vuole essere utile praticamente ai malati, deve ammettere che una notevole percentuale di errori è insita nei risultati della ricerca anche se è ben fatta. È bene insistere sul concetto che una decisione terapeutica può essere presa indipendentemente dal valore e dal responso della indagine radiologica quando gli altri dati clinici consiglino d'intervenire.

Le ricerche di laboratorio possono accertare l'esistenza di emorragia e saggiare il chimismo gastroduodenale. Di particolare interesse a me sembrano quelle ricerche che tendono a precisare quali sono le alterazioni «dell'organismo » nei casi di malattia ulcerogena; come ad es. la iperglobulia nei malati duodenali e tutte le modificazioni del ricambio che si cominciano da qualche tempo a ricercare e a precisare.

Il mio punto di vista è che procedendo su questa strada e riuscendo a dimostrare le differenze « organiche » che si verificano negli ulcerosi, nei periodi buoni e in quelli cattivi, si arriverà a stabilire qualche ipotesi concreta sulla patogenesi dell'ulcera, a comprendere qual'è la causa che ad un certo momento rende le pareti gastriche e duodenali « sensibili » all'azione traumatico-chimica della digestione e prepara il « terreno » gastro-duodenale adatto all'insorgenza delle ulcere stesse. Tutte le nostre osservazioni, tutti i resultati terapeutici ottenuti stanno a dimostrare che la ulcera non è una malattia locale, ma è la conseguenza diretta di una malattia generale che spesso con la periodicità e la « stagionalità » riporta la mente all'idea dell'anafilassi. Ma qui usciamo dall'argomento odierno. Insisto soltanto su qualche « osservazione » perchè mi sembra necessaria per conclusioni pratiche: come non sono sempre le stesse le ulcere dal punto di vista anatomo-patologico, così non possono essere identiche clinicamente e tanto meno patogeneticamente. Fatti ulcerativi gastro-duodenali si possono verificare per molte cause e svariate; se fosse possibile accertarne sempre la patogenesi sarebbe facile l'adozione della terapia più opportuna; a questo scopo precisamente tende la mia convinzione sulla opportunità di una differenziazione clinica dei vari casi. Noi oggi ci troviamo ad avere esteso alla « malattia ulcerogena » i metodi curativi adottati primitivamente per l'« ulcera » e non dobbiamo meravigliarci se non otteniamo gli stessi risultati. E precisamente i cattivi risultati, gli insuccessi terapeutici a me sono apparsi degni di studio, anche per cercare di arrivare alla conoscenza più profonda della essenza della malattia. A tale scopo ho specialmente considerato le mancate guarigioni o le recidive che ho avuto occasione di osservare in numero notevole, facendo a parte lo studio degli insuccessi operatori immediati, i casi chirurgicamente mortali, capaci di fornire insegnamenti d'ordine tecnico.

Ho avuto occasione di rioperare 84 casi nei quali un precedente intervento era stato inutile o dannoso. Ho cercato per quanto mi è stato possibile di comprendere il « perchè » dell'insuccesso in questi casi per trarne qualche chiara direttiva. Da un punto di vista statistico ho visto che di questi 84 casi soltanto

7 erano di età superiore ai 50 anni, 22 fra i 40 e i 50, e gli altri 55 fra i 20 e i 40. Questo dato corrisponde all'altro della maggiore frequenza della malattia primitiva nell'età media e lo accentua confermando l'osservazione che la malattia è nettamente prevalente nell'età giovanile e media e che perciò più facilmente recidiva in tali età. Nei vecchi sono più frequenti gli esiti, le vere ulcere, e più rare le malattie ulcerogene e perciò meno probabile è la recidiva, con qualunque tipo d'intervento. Per quanto riguarda il sesso le 84 recidive si sono verificate 71 volte in uomini e 13 volte in donne, confermando ancora una volta il dato generale che la malattia è particolarmente frequente nel sesso maschile (v. Tab. 1).

Dal punto di vista della qualità dell'intervento primitivo, negli 84 casi ho trovato che 5 volte il reintervento seguiva a resezione, 44 volte a gastroenterostomia e 35 volte ad altre operazioni fra le quali 11 volte a gastroduedenostomia. Sicchè la frequenza delle recidive è straordinariamente più grande dopo le operazioni conservative rispetto a quelle demolitive. Limitandomi alle osservazioni delle *mie* recidive, cioè di quelle osservate fra i malati da me operati anche nel primo intervento, io posso dire che tra i miei operati ho visto tre recidive dopo resezione, cioè 3 su 342 e 11 dopo gastroduodenostomie, cioè 11 su circa 200: e 7 dopo gastroenterostomia, cioè 7 su 155. *Coeteris paribus* dovrei dire che la recidiva è nella proporzione dell'uno per cento dopo la resezione e del cinque per cento dopo la gastroduodenostomia e dopo la gastroenterostomia.

Perciò è evidente che un « difetto » nei casi di recidive sta nell'operazione conservativa: (fra queste alla gastroduodenostomia lascerei la preferenza per la maggiore facilità del reintervento).

Cercando di comprendere sempre il « perchè » nei miei casi di recidiva è tornata l'ulcera, ho potuto convincermi che molti dei recidivi dopo operazioni conservative erano stati operati in fase «acuta» di malattia. Delle 3 recidive dopo resezione in un caso si trattava di una donna nella quale la base organica era minata da una setticemia cronica stafilococcica seguita ad un flemmone pararenale, in un altro caso si trattava di un ulceroso a tipo periodico, di vecchia data, con sindrome caratterizzata prevalentemente da melene e così continuata dopo la resezione e nell'altro caso si trattava di un vecchio che era stato resecato col metodo primo di Billroth, con anastomosi un po' stenotica ed ulcera con filo di seta sull'anastomosi. Il reperto del filo di seta è stato frequente nelle ulcere peptiche digiunali: figura 14 volte negli 84 reinterventi. L'esclusione pilorica, artificiale o da stenosi, figura nel 40 % dei casi rioperati dopo gastroenterostomia. Altre volte ho trovato disturbi di canalizzazione e vomiti biliari dopo la gastroenterostomia, senza ulcera, e in questi casi, nei quali spesso era negativo anche il reperto anatomo-patologico duodenale, mi sono limitato a disfare la gastroenterostomia ristabilendo la normale anatomia.

Fra gli 84 reinterventi, 4 sono stati per fistola gastro-digiuno-colica: la lesione del colon due volte ha richiesto la resezione e due volte la semplice sutura. Ho trovato anche interessante il fatto che in quindici casi di ulcera recidiva era stata precedentemente asportata anche l'appendice e cinque volte anche la cistifellea.

Riassumendo, l'osservazione di questi 84 reinterventi mi ha dimostrato che anche quando si reseca assai ampiamente lo stomaco può recidivare l'ulcera se la malattia ulcerogena è ancora attiva; che le operazioni derivative e correttive danno poche garanzie di guarigione definitiva se la malattia causale continua: che l'ulcera può recidivare anche se erano state asportate appendice e cistifellea: da un punto di vista di tecnica ho visto che la gastroduodenostomia in realtà non ripara dalle recidive più della gastroenterostomia, però con la gastroduodenostomia l'eventualità del secondo intervento è meno grave; i fili di seta si trovano spesso nelle recidive: non saprei affermare se, in quei casi, potrebbero esserne state le cause.

Per quel che riguarda gli insuccessi immediati, cioè la mortalità operatoria, io ho avuto 27 morti per 342 resezioni: un po' più del 7 %, percentuale che vale anche per i reinterventi, e 18 morti per 426 altri interventi non demolitivi cioè circa il 4 per cento: quindi la resezione resta sempre un intervento più grave degli altri conservativi. L'esame più accurato possibile delle cause di morte mi dice che la mortalità più grande (18 casi) è stata per peritonite, poi (6 casi) per polmonite, per emorragia (5 casi) e negli altri casi s'è trattato di complicazioni poco comuni, come uremia, insufficienza epatica, trombosi mesenterica, tetania gastrica, pancreatite ecc., non dominabili. Fra i morti di peritonite in cinque casi è stato controllato all'autopsia che le suture erano in ordine: si trattava di malati operati quando erano in periodo di sintomatologia assai acuta. In complesso le mortalità per polmonite è stata di sei casi su quasi 800 interventi, dimostrando come tale rischio sia ri-

dotto a proporzioni minime. Considerando eliminabile con perfezionamenti tecnici il rischio delle peritoniti e delle emorragie, si potrebbe ridurre alla metà e cioè al 3 per cento il rischio generale di tali interventi che, nei miei casi, globalmente, è stato del 6 per cento circa, scendendo al di sotto di tale cifra negli ultimi due anni e cioè a meno del 4 per cento. Come si potrebbe paragonare tale rischio chirurgico a quello che il malato incontra col trattamento medico per le complicazioni mortali (perforazioni acute, emorragie) delle ulcere non guarite? Non oso addentrarmi in tale spinosa questione e mi limito a dire che di fronte al rischio della mortalità chirurgica sta la grandissima quantità dei casi che la chirurgia guarisce e la medicina non può guarire, fino ad oggi.

Per quanto concerne la scelta dei vari interventi e la tecnica generale io posso dire che nei miei casi 667 volte ho usato l'anestesia locale, 59 volte la puntura lombare e 40 volte la narcosi: quindici volte è accaduto di dover unire all'anestesia locale la narcosi; la qualità delle operazioni è così distinta:

Tab. 1.

Reinterventi: 84

Uomini	71
Donne	13
Fra 20-40 anni	55
Fra 40-50 »	22
Oltre i 50 »	7
Dopo gastroenterostomie	44
» gastroduodenostomie	11
» altre operazioni	24
» resezioni	5

Tab. 2.

Cause di morte (in massima parte accertate con autopsia):

Dopo resezione: 27	
per peritonite	14
per emorragia	3
per uremia	2
per polmonite	2
per tetania gastrica	1
per fistola gastrica	1
per occlusione tenue	2
per trombosi mesenterica	1
per insuff. cardiaca (embolia ?)	1
Dopo altri interventi: 18	
per polmonite	4
per peritonite	4
per emorragia	2
per ileo paralitico	2
per pancreatite	1
per stomatite e parotite	1
per insuff. epatica (contemporanea coledocotomia)	1
per flemmone parete add.	1
per anemia acuta (intervento d'urgenza per emorragia)	2

Tab. 3.

Anestesia

Resezioni: Anestesia locale, 316 con morti 24; Puntura lombare, 10 con morti 0; Narcosi, 16 con morti 3.

In 7 casi si dovette associare l'anestesia locale con narcosi.

Totale resezioni 342 con morti 27.

Altre operazioni: Anestesia locale, 353 con morti 16; Puntura lombare, 49 con morti 2; Narcosi, 24 con morti 0.

In 8 casi si dovette associare l'anestesia locale con narcosi.

Totale altre operazioni 426 con morti 18.

Tab. 4.

Ulcere duodenali	418	— morti 22
resezioni	106 —	» 10
gastroenterostomie	98 —	» 5
altre operazioni	214 —	» 7
Ulcere gastriche	169	— morti 10
resezioni	113 —	» 7
gastroenterostomie	32 —	» 3
altre operazioni	24 —	» 0
Ulcere perforate	50	— morti 3
resezioni	22 —	» 2
gastroenterostomie	20 —	» 1
altre operazioni	8 —	» 0
Ulcere doppie	45	— morti 3
resezioni	34 —	» 2
gastroenterostomie	5 —	» 1
altre operazioni	6 —	» 0
Ulcere recidive	84	— morti 7
resezioni	67 —	» 6
degastroenterostomie	8 —	» 0
altre operazioni	9 —	» 1
Totali:		
Resezioni	342	morti 27
Gastroenterostomie	155	» 10
Altri interventi	271	» 8
	768	45

Riunendo in una rapida sintesi quello che posso chiamare il frutto della mia esperienza nella diagnosi e nella cura delle ulceri gastro-duodenali, io dico così:

l'ulcera è una malattia *locale* soltanto quando la malattia generale che l'ha causata è spenta: in una grande parte dei casi che oggi osserviamo il fatto ulcerativo è una delle manifestazioni di quella malattia gastro-duodenale, ignota, che è capace di dare ulcere; perciò le cure chirurgiche dirette a sopprimere l'ulcera o a correggere i fattori locali (meccanico e chimico) che la produrrebbero e la sostengono rischiano di fallire allo scopo finchè lo squilibrio « ulcerogeno » è in atto; i migliori risultati terapeutici definitivi si ottengono con le operazioni demolitive, anche nei casi di perforazioni acute; io credo che la ragione di tali successi stia unicamente nel fatto che l'operazione demolitiva sopprime la re-

gione anatomica sede della malattia; le operazioni correttive possono essere utili contro gli esiti quando la malattia è spenta, o per correggere un sintomo o un gruppo di sintomi (ad esempio: piloroplastica e sfinterectomia contro il pilorospasmo); sono malsicure per gli esiti immediati e lontani se praticate quando la malattia è in atto acutamente. Applicando tali conclusioni basate sulla distinzione fra ulcera e malattia « ulcerogena » credo si potranno migliorare i risultati immediati e lontani del trattamento chirurgico di questo gruppo di malattie che resta tuttora come il trattamento capace di dare le maggiori possibilità di guarigione a tali malati.

Riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze.

Napoli, ottobre 1934-XII.

RIASSUNTO.

L'A. esponendo i risultati del trattamento chirurgico praticato in circa 800 casi di ulcere gastriche e duodenali, fra cui 84 recidive, ammette l'esistenza di una malattia «ulcerogena» di cui bisogna tenere conto per la scelta del tipo di intervento e del momento più opportuno per praticarlo.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE « S. SALVATORE » - AQUILA
Reparto Medico diretto dal prof. G. NATALI.

Contributo clinico, patogenetico e geografico sul favismo.

Dott. POMPEO SPENNATI, assistente.

Il favismo, pur avendo al suo attivo una vasta letteratura, è malattia di recente conoscenza pratica, come dimostra il fatto che essa è taciuta da molti trattati, anche moderni, e che è comparsa solo sugli ultimissimi italiani, quale quello del Ceconi, pubblicato da *Minerva Medica*, e sull'ultima edizione del *Manuale di Terapia* del Rubino.

Il merito dello studio della importante malattia, la cui diffusione va sempre più riconoscendosi in molte regioni d'Italia spetta specialmente ad AA. sardi, i quali, in varie, più o meno complete monografie, ci hanno dato una descrizione esauriente della malattia.

La storia del favismo non è tuttavia delle più recenti, perchè di una « malattia delle fave » già si parla da secoli. Risulta infatti da antiche cronache che ai tempi di Erodoto e di Pitagora veniva sconsigliato l'uso delle fave. Ma la malattia non si impose alla osservazione dei medici che dal 1845, quando il Messina riconosceva che alcune forme di emoglobinuria potevano originarsi dal consumo delle fave.

Oggigiorno, finalmente, per opera specialmente di molti illustri clinici italiani, la malattia ha suscitato una larga ed operosa messe di studi, tanto da poter affermare che le sue grandi linee nosologiche sono entrate a far parte del corredo culturale di ogni medico pratico.

Il favismo è una malattia da emolisi: questa emolisi può o no arrivare alla manifestazione emoglobinurica. È noto infatti da Ponfik che l'emoglobinuria è conseguenza della emoglobinemia, ma che perchè la prima segna a quest'ultima è necessario che la quantità di Hb libera nel sangue sia uguale almeno ad 1/60 della Hb totale. Se tale proporzione non viene raggiunta l'Hb disciolta nel siero viene trasformata dal fegato in pigmento biliare.

Da quanto sopra si deduce che il favismo può esistere in forme di variabilissima gravità, e ciò in relazione, s'intende, alla gravità dell'emolisi, alla quantità dei globuli rossi che vanno in rovina. Per lo stabilirsi della malattia esistono certamente delle condizioni predisponenti. Molti AA. hanno riconosciuto che essa è più frequente nel sesso maschile, nell'età infantile e media, mentre nell'età adulta la malattia assume un andamento particolarmente lieve. Pare abbia importanza specialmente la regione, presentandosi la malattia più facilmente, in Italia, nelle regioni insulari e nel meridionale. Importante poi il fatto che essa è più frequente nei malarici cronici e nei luetici in atto o guariti. A tal proposito giova ricordare il rilievo di Murri che in quasi tutte le forme di emoglobinuria si può mettere in evidenza una positività della reazione Wassermann.

Il favismo insorge non solamente per ingestione di fave, ma anche per inalazione dei suoi fiori e l'emolisi può stabilirsi bruscamente, come gradualmente. È stato da qualche autore fatto cenno ad una insorgenza *apoplettica* del favismo per il semplice transito di soggetto in un campo di fave in fiore.

All'emolisi, che è il fondamento della malattia, segue un variabile corteo sintomatologico: anemia più o meno accentuata, vertigini, ronzii agli orecchi, cui si accompagna spesso un imperioso bisogno di mingere, con emissione di urine più o meno scure, più o meno intensamente emoglobinuriche; compare poi l'ittero, pleiocromico, acolurico, urobilinurico.

A volte precedono crisi dolorose, epatiche o

spleniche, sbadigli, cefalea, febbre di media elevatura, vomito biliare. Il tumore di milza, quasi costante, è spodogeno. Si ingrossa spesso anche il fegato. Nel sangue compaiono segni di reazione leucocitaria: emazie nucleate, policromatofile, granulo-filamentose, e spesso eosinofilia.

Nelle urine si manifestano intensamente positive le reazioni del sangue, mentre all'esame del sedimento si trovano molti detriti, zolle di emoglobina, senza tracce di emazie.

La prognosi della malattia è varia a seconda del grado dell'emolisi. In genere si distinguono forme lievi senza emoglobinuria, con leggero subittero; forme di media gravità con scarso ittero e lieve emoglobinuria; forme gravi e gravissime in cui il quadro clinico appare veramente drammatico, con brividi, pallore intenso, obnubilamento della coscienza, ambliopia, amaurosi, vomito biliare, raffreddamento estremo della cute, sudore, anuria, fenomeni convulsivi, sopore, coma.

* * *

Il presentarsi alla nostra osservazione di un caso di favismo, ci offre l'opportunità di trarvi qualche suggerimento per la patogenesi, che è ancora fortemente controversa.

È da ritenersi ormai pacifico che il favismo possa insorgere sia per ingestione delle fave, cotte o crude, sia per inalazione del polline dei fiori di questo frutto.

Le teorie che attualmente si contendono il campo nella patogenesi, sono quella anafilattica e quella tossica. Specialmente il Ferrannini ha dato appoggio a quest'ultima teoria. Sostenuta dall'autorità di Frugoni, e dei suoi allievi (Lusena, 1922), che in materia di sindromi anafilattiche può ben dirsi un caposcuola, fa salda presa nella mente di molti la teoria anafilattica. In appoggio a questa militano diversi fatti: l'ereditarietà, l'insorgenza del favismo solo dopo ripetute ingestioni, a distanza del medesimo tipo di fave, la identità della forma morbosa con altre sindromi emoglobinuriche, che sono universalmente riconosciute per anafilattiche, l'insorgenza della malattia non soltanto per la ingestione delle fave, ma anche per la inalazione dei fiori, ciò che mal spiegherebbe l'intossicazione, ecc. D'altro canto il Ferrannini sostiene che, sia per l'assenza di eosinofilia, che è da ritenersi segno tipico di anafilassi, sia per il risultato negativo delle prove di desensibilizzazione fatte con allergeni ottenuti dalle fave (il Galdi però afferma il contrario) debba piuttosto affermarsi l'esistenza di un principio tossico delle fave, responsabile dell'insorgenza della malattia.

Senza indugiarci nella esposizione di argomenti che potrebbero, tanto sono vari, appoggiare sia l'una quanto l'altra teoria, passiamo a trattare il caso clinico da noi osservato, riserbandoci di fare poi quei rilievi che ci sembrano più degni d'attenzione.

Gianni L., di anni 4, da Cagliari, residente in Aquila da 4 mesi.

Anamnesi familiare.

Nulla di notevole se si eccettui che un fratellino del paziente soffrì in Sardegna di una forma morbosa diagnosticata per favismo dai sanitari di un grande Ospedale di Cagliari.

Anamnesi personale fisiologica.

Il bambino nacque da parto eutocico e fu allattato con latte vaccino. Ebbe dentizione, deambulazione, loquela, ad epoche normali. Non è stato ancora vaccinato.

Anamnesi patologica remota.

A 15 mesi disturbi alimentari che dileguarono dopo che il bambino fu rimesso ad alimentazione razionale. Due mesi fa morbillo, guarito senza complicazioni.

Anamnesi patologica prossima.

La madre del bambino narra che due giorni fa questi le appariva un pochino pallido e agitato. A pranzo aveva mangiato delle fave cotte (della campagna aquilana) in modica quantità; nel pomeriggio dello stesso giorno fu condotto a fare una passeggiata fuori la città. Durante la passeggiata il bambino accusava un leggero doloretto al fianco destro ed appariva un po' più pallido. Consumò, dopo poco, con scarso appetito, una modica colazione di uova e carciofi. Al ritorno dalla campagna il piccino si mostrò capriccioso, ma non accusò alcun disturbo. Anche il doloretto al fianco destro pare si fosse dileguato. Fu recato subito a letto, ove si addormentò presto. Ma dopo qualche ora si svegliò accusando oppressione alla regione precordiale e senso di peso all'epigastrio.

Volle urinare, ed emise due volte pochi cc. di urina limpida. La mattina il bambino aveva una temperatura inguinale di 38°,5 C. Primo pensiero della madre fu quello di somministrargli un purgante oleoso. A qualche tempo dalla ingestione di questo, dopo qualche attimo di agitazione, il bambino fu colto da un brivido intenso, al quale seguì un impellente bisogno di mingere: egli emise allora un'urina molto oscura, colore rhum, fu colto da deliquio, sudore freddo, vomito intenso, amaro, acquoso, verdastro.

Fu chiamato d'urgenza un medico. Questi trovò che il bambino vomitava sempre e che aveva emesso ancora alcuni campioni di urine scurissime; era diventato sempre più debole, tanto da far temere una lipotimia da un momento all'altro; era pallidissimo, le sclere erano divenute gialle.

Fu consigliato il ricovero in questo Ospedale, ove fu accolto, al reparto medico, il 31 maggio 1934-XII.

Esame obbiettivo.

Costituzione scheletrica regolare. Nessuna nota di rachitismo. Masse muscolari toniche e trofiche. Sistema ghiandolare indenne. Polso 128 al m',

piccolo, ritmico. Respiro 35 atti respiratori al m'. Temperatura ascellare 38°,2 C.

Ciò che colpisce, ad uno sguardo sommario dato al bambino, è l'estremo pallore della cute e mucose visibili. Pallore giallo oro, a fondo subitterico.

Pupille normali, bene reagenti alla luce. Sclere subitteriche. Dentatura sana. Lingua umida, lievemente patinosa.

Polmoni nulla. Cuore nei limiti. Primo tono accompagnato da leggero soffio sistolico, udibile su tutti i focolai, con tutti i caratteri del soffio anemico. Ritmo concitato.

Addome globoso, con cicatrice ombelicale retratta; leggermente dolente alla pressione nella metà superiore, trattabile nei quadranti inferiori. La milza si palpa appena sotto l'arco, nella posizione latero-laterale destra, molliccia, liscia, leggermente dolente. In alto il limite superiore della milza è all'altezza dell'8° spazio intercostale, sull'ascellare anteriore. Il fegato deborda di circa tre dita dall'arco costale, a margine e superficie regolari, indolente.

Nulla di patologico a carico degli arti.

Ricerche di laboratorio.

Urine. Viste in un grosso calice sono di un colore rhum, limpide. Reazione acida. P. Sp. 1021. Albumina: tracce indosabili. Prova di Adler, con la benzidina, nettamente positiva. Assenti i pigmenti biliari. Urobilina: presente.

Nel sedimento: nessuna emazia. Urati, detriti amorfi, qualche cellula endoteliale delle vie genito-urinarie.

Sangue. Il siero presenta un colore rubino, laccato. Globuli rossi: 1.800.000. Globuli bianchi: 16.000. Hb: 20. Valore globulare: 0,90. Formula leucocitaria: neutrofili 62; linfociti 28; eosinofili 6; forme di passaggio 4. Policromatofilia, anisocitosi, poichilocitosi, qualche emazia nucleata.

Colorazione vitale col brillant-cresyl-blau: scarse emazie granulofilamentose. Resistenza globulare: normale.

La sintomatologia caratteristica di una emoglobinuria, con il reperto urinario tipico, e la ingestione delle fave; la provenienza del bambino dalla Sardegna, ove faceva uso frequente di fave, cotte e crude, il precedente famigliare, non lasciano adito a dubbio sulla diagnosi di favismo.

Non è su questa che ci indugeremo a fare dei rilievi, quanto su tre dati anamnestici che ai nostri fini, ci sembrano notevolmente importanti. Primo la comparsa di un caso di favismo in Abruzzo, che allarga la distribuzione geografica di tale sindrome, perchè, da quanto ci risulta, anche per il confronto del cartogramma di Fermi, non vi era stata mai descritta finora; secondo, il precedente famigliare dell'ammalato che ebbe un fratellino morto di favismo, terzo, la comparsa della sindrome in un sardo fuori della sua regione.

Il primo e il terzo dato ci sembrano accordarsi armonicamente fra loro per deporre in favore della natura anafilattica della malattia. Comparsa del favismo in Abruzzo, in un soggetto sardo: pur non volendo ammettere la possibilità del presentarsi di casi squisitamente autoctoni di favismo in Abruzzo — cioè in soggetti abruzzesi, non emigrati, per esempio — non si può andar contro alla legge fondamentale dell'anafilassi che è quella della specificità. La malattia da siero insorge quando venga immessa nell'organismo sensibilizzato una nuova carica di quello stesso siero sensibilizzatore, anzi di quella stessa proteina eterogenea che predispose il soggetto.

Si deve quindi a ragione ritenere che il bambino, proveniente dalla Sardegna, ove faceva uso di fave, ed ivi sensibilizzato per il loro principio anafilattogeno, abbia avuto lo « choc déchainant », dopo una nuova introduzione di quel principio anafilattogeno: poiche tale episodio si è verificato in Abruzzo, col consumo di fave locali, bisogna convenire che le medesime contengono un principio anafilattogeno del tutto simile a quello che esiste nelle fave sarde. Ciò si avverte anche che, nei soggetti predisposti, il favismo può presentarsi in forma del tutto autonoma anche in Abruzzo; ed ancora che nel caso del favismo ci si potrebbe trovar dinanzi ad un fenomeno, se non unico, certo raro, ad una specificità di anafilassi non di specie, ma di antigene.

Ma ritornando alla nostra tesi: se già l'aver ricostruito, dal nostro caso, un quadro perfetto di anafilassi, non fosse un argomento inoppugnabile al concetto di una natura anafilattica del favismo, quale importanza si potrebbe annettere, per il fine perseguito, al precedente famigliare del nostro paziente che già ebbe un fratello morto di favismo? È questo un dato della massima importanza, perchè è a tutti noto che il valore della ereditarietà o familiarità, similari o dissimiliari, per la sindromi anafilattiche è fondamentale mentre nessun valore possono quelle avere per le sindromi tossiche che riposano esclusivamente su fattori individuali, extracostituzionali.

Anche l'eosinofilia, negata dal Ferrannini, a sostegno della sua teoria, sebbene incostante, può essere presente nel favismo, come lo è stata nel caso capitato alla nostra osservazione: e se il favismo, come afferma lo stesso Ferrannini, non si presenta con ugual frequenza in tutte le regioni, ciò non depone niente contro la teoria anafilattica, perchè la maggiore o minor frequenza è subordinata a diversi fattori, non ultimo quello di un diverso consumo di fave nelle diverse regioni.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver descritto un caso di favismo, che egli ritiene essere il primo pubbli-

cato in Abruzzo, e dopo averne brevemente riassunto il quadro clinico, ne trae argomenti in appoggio alla natura anafilattica della malattia.

BIBLIOGRAFIA.

A. Manai. *Contributo alla genesi del favismo.* Folia clinica, chimica e microscopica, fasc. I, vol. XX, 1927.
G. Macciotta. *Studi sul favismo nei bambini.* Rivista Clinica Pediatrica, vol. XXIV, fasc. XI.
A. Mannei. *Favismo?* Giornale di Clinica medica, 1924, pag. 577.
A. Manai. *Le alterazioni della crasi sanguigna nel favismo.* Haematologica, vol. IX, fasc. IV, 1928.
G. Gasperini. *Osservazioni sulle manifestazioni allergiche locali e generali nel favismo ed il favismo nell'Isola di Rodi.* Giornale italiano malattie esotiche, tropicali, igiene coloniale, n. 2, 1931.
A. Manai. *Contributo alla genesi del favismo.* Studi sassaresi, fasc. III, vol. V, 1927.
C. Lotti. *Ricerche nel favismo. Nota preventiva.* Studi sassaresi, 1925.
A. Bettolo. *Il favismo. Nota sintetica.* La medicina pratica, 1926, fasc. III.
I. Callari. *Favismo ed anafilassi.* Medicina pratica, fasc. V, 1926.
Bifulco. *Sulla etiologia del favismo.* Studium, 1927, n. 8.
L. Ferrannini. *Due casi di favismo.* Ibid., 1928, n. 7.
C. Lotti. *Sulla etiologia del favismo.* Ibid., 1927, n. 10.
A. Manai. *Eosinofilia ed allergia dermica nel favismo.* Minerva Medica, n. 10, 1929.
F. Guccione. *Sull'An. Patologica del favismo.* Il Policlinico, Sez. Medica, n. 1, 1930.
C. Lotti e Puxedan. *Ulteriori ricerche sul favismo.* Lo Sperimentale, 1927, fasc. IV.
C. Lotti e A. Manai. *Ricerche sul favismo.* Ibid., fasc. VI, 1925.
P. Atzeni Tedesco. *Contributo allo studio etiopatogenetico del favismo.* Folia medica, n. 3, 1930.
L. Preti. *Il favismo. Patologia e clinica.* Gazzetta Ospedali e Cliniche, n. 2, 1928.
Id. *Il favismo. Patologia e clinica.* Ibid., n. 3, 1928.
Bifulco. *Sulla etiologia del favismo.* Studium, 1928, n. 1.
A. Gasbarrini. *Il favismo.* Malaria, 1915, n. 1.
C. Fermi. *Studio sul favismo.* Annali d'igiene sperimentale, 1915, n. 15.
Ruggeri. *Zafara o favismo?* Rivista Medica, 1914.
L. Zoia. *Sul reperto ematologico del favismo.* Malaria, 1914.
I. Biddau. *Considerazioni sulla patogenesi e terapia del favismo.* Terapia, n. 130, 1930.
A. Ceconi. *Trattato di medicina interna.* Minerva Medica, Torino, vol. V, pag. 887.
A. Rubino. *Manuale di terapia clinica.* Vallardi, Milano VIII ediz.
A. Dionisi. *Lezioni di anatomia patologica.* Fegato e milza, 1928.
A. Lustig e G. Galeotti. *Patologia generale.* Editrice Libraria, Milano, VII ediz., vol. I, pag. 218.
Strümpell. *Trattato di patologia medica.* Vallardi, Milano, Ed. XI, vol. II, pag. 209.

RIVISTE GENERALI

La sifilide nel 1934.

(G. Milian e L. Brodier, *Paris médical*, 2 marzo 1935).

Sifilide sperimentale. Béclère è riuscito a trasmettere il virus sifilitico (ceppo Truffi) e la sifilide umana alle giovenche: le inoculazioni sono state fatte per mezzo di scarificazioni sulle palpebre e sulle mucose dei genitali o con innesti sottocutanei alla base delle mammelle o alle palpebre.

Gastinel e Pulvénis hanno continuato le loro ricerche sulla sifilide sperimentale. Nel coniglio la reinoculazione di un ceppo sifilitico omologo provoca ancora la comparsa di un sifiloma, se è praticata entro quindici o venti giorni dalla prima inoculazione, e l'animale resta sensibile ad un'auto-infezione sino al 32° giorno. Dall'80° giorno dalla prima inoculazione in poi l'animale è refrattario ad una nuova inoculazione. Se si adopera un ceppo eterologo questo periodo di sensibilità può prolungarsi sino a 405 giorni.

Nel coniglio sifilitico e sottoposto a cure la reinoculazione dà dei risultati variabili, dal sifiloma tipico fino alla sifilide asintomatica o inapparente che si manifesta solo per la virulenza dei ganglii linfatici e la ricomparsa delle reazioni sierologiche. Occorre tener conto della quantità del virus iniettato. Se s'introduce nel testicolo del coniglio delle quantità via via più grandi di virus, la data di apparizione dell'orchite e la reazione di opacamento di Meinicke sono tanto più ravvicinate quanto maggiore è stata la quantità di virus inoculato. Peraltro, a partire da una quantità data, sufficiente a produrre i fenomeni in parola, il sifiloma testicolare e la reazione di Meinicke appariscono in un'epoca più o meno invariabile.

Nel coniglio è stato constatato, iniettando nel testicolo delle quantità di mano in mano più deboli di emulsione virulenta, l'esistenza di una dose-limite al di là della quale non si ottiene se non un'infezione inapparente.

La reinoculazione sotto-scrotale nel coniglio già inoculato e non sottoposto a cure, ha indotto ad ammettere uno stato di refrattarietà regionale circoscritto da opporsi all'ipotesi di una immunità sifilitica regionale.

Esiste una immunità locale, tegumentaria, che comincia nel sito del sifiloma e in seguito si generalizza ma che è sempre contingente ed è relativa ad un dato ceppo. Uno stesso processo istogeno può dar luogo ai quadri clinici i più diversi che vanno dalle reazioni allergiche di sensibilizzazione tissulare sino all'assenza di ogni apparente alterazione.

Secondo Bessemans la nozione d'immunità naturale, nel senso di resistenza assoluta all'infezione sifilitica, nelle specie animali sen-

sibili, sembra dover esser spesso, se non sempre, sostituita da quella di sifilide asintomatica od occulta. Sembra pure che esista uno stretto rapporto tra il potere infettante di un organo e il suo tenore in treponemi pallidi.

Le iniezioni intravenose di lecitina, nei conigli da poco sifilizzati, attiverebbero la cicatrizzazione delle lesioni stimolando i mononucleati fagociti che aumentano di numero (Harris).

Pur accordando molto valore alla sifilide sperimentale per l'interpretazione di quella umana, Brandt consiglia la più grande prudenza nella valutazione dei risultati ottenuti, in vista delle differenze che esistono fra la lues umana e quella degli animali.

Secondo Levaditi ed i suoi collaboratori, nei topi bianchi sifilizzati, la somministrazione di follicolina sembra non influenzi la quantità di treponemi utero-ovarici. Gli stessi AA. hanno constatato, che i raggi γ del radium non modificano « in vitro » le proprietà del virus, ma l'irradiazione di una lampada a mercurio di 450 Wats, prolungata oltre trenta minuti, sopprime nel virus la capacità di dar luogo al sifiloma.

Epidemiologia. — Secondo Godlewski e R. Barthélemy le recenti discussioni sullo stato attuale della sifilide in Francia porterebbero alla conclusione che a causa della prostituzione clandestina e dei mestieri esercitati da donne fuori della propria casa, la sifilide continua ad essere una infezione frequente nei grandi centri e nelle località di transito intenso malgrado l'efficacia delle cure moderne e gli sforzi dei pubblici poteri secondati dall'opera sociale dei medici. Le campagne continuano ad essere relativamente indenni, per quanto la sifilide vi sia spesso non riconosciuta.

Secondo Gougerot e Burnier al dispensario della clinica nella Facoltà di Parigi, il numero delle sifilidi recenti che da due anni era diminuito, si mantiene presso a poco allo stesso livello. Per contro è stato osservato un aumento di sifilidi recenti all'ospedale Cochin ed al dispensario Lailler (M. Pinard, Sézary e Duruy).

Etiologia. — In numerosi lavori Levaditi ha posto la questione di un ciclo evolutivo del treponema la cui fase spirochetica sarebbe preceduta da una fase di virus invisibile. Secondo sue nuove ricerche se s'innestano nello scroto d'un coniglio dei gangli linfatici di topo infetto, alcuni microscopicamente esenti di spirocheti, altri contenenti invece dei treponemi pallidi, la fase aspirochetica del virus sifilitico e la sua fase vegetativa evolvono allo stesso modo. Questa concezione di Levaditi è stata peraltro criticata da Van Hoelst, il quale avrebbe sempre trovato delle spirocheti nei frammenti di organi capaci, se inoculati in un animale, di provocarvi l'infezione.

Secondo W. Nyka il virus sifilitico si presenterebbe sotto due forme, una treponemica ed una filamentosa, tra le quali si troverebbero delle forme di passaggio. La spirocheta della sifilide è un virus citotropo, capace di penetrare attivamente in un tempo relativamente breve nelle cellule ed anche nel nucleo. Mano mano che penetra nelle cellule essa perde la sua forma spirale per prendere quella filamentosa. Un certo numero di spirochete rimangono libere nelle cellule: anch'esse però assumono la forma filamentosa. I filamenti intracellulari possono moltiplicarsi per divisione trasversale: le cellule non sopravvivono alla moltiplicazione del parassita nel loro interno.

La forma treponemica è quella che serve alla trasmissione del virus da un individuo all'altro: la sua grande mobilità spiega la rapida diffusione della malattia nell'organismo infetto. Questa forma spirochetica è effimera e scompare per dar luogo alla fase filamentosa dopo aver infettato il nuovo ospite. La forma filamentosa rappresenta il periodo di stato del virus sifilitico: esso però può riprendere la forma spirale.

Milian espone i vari modi di contagio della sifilide nei suoi diversi periodi: possibile contagio avanti la comparsa del sifiloma iniziale, contagio dal sifilitico sano all'apparenza ma curato insufficientemente, contagio per mezzo dello sperma, per il latte di madri sifilitiche (1), per il sangue, per il siero di sangue; infine per mezzo dei portatori di germi.

L'ipotesi della dualità del virus sifilitico, neurotropo in Europa, dermotropo in Africa, secondo Sézary, non è sostenibile. In Europa, come nei paesi esotici, è l'intervento terapeutico che ha reso la sifilide di più in più neurotropa. Questa evoluzione, assai avanzata in Europa, è appena al suo inizio nei paesi nei quali la chemioterapia della sifilide è stata introdotta più tardivamente.

La reinfezione sifilitica è oramai fuori contestazione ed è stato recentemente di nuovo dimostrata clinicamente (Ciambellotti) e sperimentalmente.

Lo stesso dicasi della superinfezione sifilitica: Milian ha potuto dimostrare la guarigione, nello stesso soggetto, dei sintomi di una sifilide antica e misconosciuta (per lo più ereditaria) mercè la cura di una sifilide recente.

Sifilide primaria. — Parecchi casi di sifilomi estragenitali sono stati recentemente segnalati (faccia dorsale delle falangette del dito medio s.; cinque sifilomi sulle dita di un malato affetto da eczema delle mani con due sifi-

(1) Questi concetti modificano sostanzialmente le idee che si avevano fino a qualche decennio fa, quando si credeva che, in generale, i prodotti delle secrezioni fisiologiche dei sifilitici non fossero, di per sè, contagiosi. N. del R.

lomi simultanei della verga; sifilomi multipli della base della lingua; sifiloma del mento, delle palpebre (raro), delle orecchie (ancora più raro; a preferenza il lobulo, nel qual caso è per lo più dovuto ad una morsicatura: n'è stato osservato anche uno nella conca del padiglione dell'orecchio s.).

La setticemia sifilitica, secondo Gaté, si realizza qualche ora o al più qualche giorno dopo la contaminazione, cioè prima della comparsa del sifiloma. Esso si manifesterebbe con la splenomegalia (1) ed alterazioni del sangue. Questa inapparente infezione sifilitica in pratica non è, salvo eccezione, contagiosa.

Un caso di ittero preroseolico, insorto 14 giorni dopo il sifiloma e guarito rapidamente col bismuto, fu osservato da Manéru.

Sifilide secondaria e terziaria. — L'anemia nel periodo secondario è frequente: ne sono stati osservati dei casi accompagnati da porpora, da un certo grado di leucopenia e da tendenza verso l'anemia aplastica: fenomeni tutti guariti col cianuro di mercurio.

La febbre sifilitica è ben conosciuta e ne sono stati segnalati dei casi da Gaté e suoi allievi, e così l'ittero sifilitico secondario (il treponema avrebbe una particolare affinità per il fegato: d'altronde il trattamento antiluetico può determinare per un fenomeno biotropico l'ittero catarrale o la litiasi biliare - Milian). Un « chancre redux » sopravvenuto sedici mesi dopo il sifiloma iniziale, nella stessa località e con la costatazione della presenza di treponemi è stato osservato da P. Photinos.

Un caso di sifilide cutanea atrofizzante (2) sei mesi dopo la roseola, disseminata sul tronco, con l'aspetto delle « vergetures rondes » di Balzer ed accompagnata da una leucomelanodermia cervicale con chiazze atrofiche essa pure, è stato studiato da Touraine.

Sifilidermi atipici, ed elementi papulo-pustolosi acneiformi del viso; a mo' di eritema polimorfo bolloso sulle mani; di aspetto sarcoideo e linfomatoso furono constatati da Nicolas, Chevallier, Collin.

Crisi sudorali notturne precedute da una vaso-dilatazione locale, furono notati da Milian, forse per azione predominante del simpatico, in soggetto con squilibrio vago-simpatico ed in una regione ove è da ritenersi che un segmento del simpatico fosse stato colpito dal treponema.

Milian ha osservato pure casi di sifilidi gangrenose secche ed escarotiche: queste nella sotto-varietà mummificanti ed ulcerose.

Onissi secche e suppurate (con perionissi), pachionissi e scollamenti delle unghie furono osservati da più AA. e così pure striature longitudinali con rilievi ed a segmenti, per lo più dell'unghia del pollice, in sifilitici di vecchia data (forse per la presenza di piccole colonie di treponemi nella matrice ungueale).

Sono stati segnalati casi di eritema circinato terziario del Fournier, forma assai rara, e di degenerazione cancerosa di gomme cutanee, rara essa pure.

I rapporti fra cancro e sifilide, acquisita o ereditaria, sono stati studiati da Touraine.

Milian e Delamaire hanno descritto un epitelioma spino-cellulare alla base della lingua in un eredo-luetico di 23 anni.

Gadrat ha osservato un caso di sifilide maligna in un conciatore di pelli, alcoolista e figlio di alcoolista, la quale dopo un'evoluzione di cinque anni portò la morte per cachessia.

Favre ha studiato in parecchi lavori la sifilide muscolare che può osservarsi fin dal periodo d'invasione con mialgie e dolori alla palpazione, più tardi con contratture di certi muscoli (bicipiti, quadricipiti) e nei periodi più avanzati con nodi del muscolo, confusi talora con sarcomi.

Favre ha insistito sulle gomme e lesioni interstiziali dei muscoli sottostanti a sifilidermi terziarii (miositi sifilitiche sotto-ulcerose) che per lo più passano inosservate non dando generalmente luogo a disturbi funzionali. I varî focolai sono in genere separati fra loro da piani aponevrotici rimasti indenni. Si tratterebbe allora di una sifilide segmentaria forse in rapporto con un'alterazione regionale del sistema vascolare.

Sierologia. — I sierologi sono d'accordo nel raccomandare l'impiego di una reazione di emolisi e di una di flocculazione.

La Hecht e la Kahn sarebbero quelle che scompaiono più tardivamente: quelle di Vernes la meno sensibile, la Desmoulière più precoce e più sensibile che la Hecht e la R.W. La seconda R. Meinicke per chiarificazione sarebbe superiore alla Kahn. Questa invece, secondo altri, sarebbe assai sensibile, specifica, la più precoce ad apparire e l'ultima a scomparire.

Milian ha riassunto recentemente le nozioni su quella che egli chiama riattivazione biologica della R. W., la quale può aversi per opera dei medicamenti specifici ma può essere provocata altresì da malattie infettive (herpes, scarlattina, grippe, tifoide); da tossine microbiche o da albumine nel corso della vaccinoterapia o della proteinoterapia ed anche dai raggi ultravioletti. Il suo meccanismo sarebbe dovuto ad un risveglio biotropico del treponema.

Terapia. — La piretoterapia può essere utile nella cura della sifilide: ma la malarioterapia non è consigliabile nel periodo primario e secondario.

(1) Sulla quale aveva già molti anni or sono richiamato l'attenzione il prof. Colombini. V. M.

(2) Descritta già molti anni or sono da V. Michelli in Italia. V. M.

La pireto-chemioterapia è soprattutto indicata nelle forme maligne e nella sifilide con siero-reazioni irriducibili ma, anche nelle forme recenti, può dare risultati superiori a quelli della sola chemioterapia.

Pare che le onde corte a frequenza molto alta siano state adoperate con successo nelle ulcerazioni sifilitiche delle gambe e nei sifilidermi psoriasiformi in soggetti intolleranti delle cure antiluetiche.

I raggi X, salvo qualche caso di riattivazione biologica del sifiloma, non avrebbero influenza nè sull'accidente iniziale nè sull'evoluzione della lue.

Nella condotta della cura di attacco alcuni consigliano di usare successivamente l'arsenico, il bismuto od il mercurio, altri il trattamento misto arsenico-bismuto.

Sézary considera la fine del 1° anno di malattia come il momento più opportuno per l'esame del liquido cefalo-radichiano: se questo è normale, bisogna fare ancora un periodo di cura di consolidamento per tre anni.

In una serie di comunicazioni Gouin e Bienvenue hanno insistito sulla leucocito-reazione nella scelta dei rimedii antiluetici: la leucopenia permette di prevedere l'insuccesso dei medicamenti che l'hanno provocata.

Accidenti cutanei nelle cure antisifilitiche. — Quelli da arsenobenzoli possono distinguersi in precoci (prurito, urticaria, eritema del nono giorno) o tardivi (porpora, eritrodermia vescicolo-edematosa, cheratodermie palmari e plantari, melanodermie, lichen piano, zona ecc.). Il bismuto ne provoca solo nel 3 o 4 % dei casi, per lo più eritemi (1). Il mercurio dà luogo soprattutto all'eritema scarlattiniforme o ad eruzioni eczematoidi. I sali di oro determinano accidenti cutanei nel 6 o 7 % dei casi: eritemi del nono giorno, orticaria, eczema, lichen piano, pigmentazione. Il joduro di potassio dà luogo soprattutto all'acne jodico, talvolta a porpora, tal'altra a jodidi indurati o bollosi.

Arsenobenzoli. — L'eliminazione del neosalvarsan attraverso le orine comincia quasi immediatamente dopo l'iniezione, raggiunge rapidamente il suo « maximum », ma l'eliminazione non è regolare e si verifica talvolta con scariche isolate per un tempo più o meno lungo.

La febbre che appare fra il nono o il decimo giorno dopo una iniezione endovenosa di 914, sarebbe il più delle volte dovuta al risveglio biotropico di una infezione (più frequentemente un'angina).

È stata notata nel corso di un trattamento arsenobenzolico una dermatosi analoga alla pitiriasi rosea, ma tenace e che lasciò, dopo guarita, una pigmentazione progressiva.

Così pure è stato constatato l'insorgere di un eritema polimorfo edematoso di natura biotropica simulante una eritrodermia arsenicale. In un soggetto, senza antecedenti orticariani, si osservava tre minuti dopo ogni iniezione di arsenobenzolo l'insorgere di elementi orticati non pruriginosi in alcune regioni del volto.

(1) Ed anche acne, secondo recenti osservazioni di Tissi. V. M.

L'edema polmonare acuto da arsenobenzolo è raro e per lo più mortale.

In un sifilitico dopo una terza iniezione endovenosa di 914 si verificò un violento dolore addominale e dopo sei giorni si ebbe la morte per pancreatite emorragica, forse per crisi nitritoide nel pancreas già leso dalla sifilide.

È stato messo in rilievo l'effetto benefico dell'eritrodermia e delle reazioni cutanee all'arsenobenzolo sull'evoluzione della sifilide. Sézary e Barbé hanno citato l'azione favorevole sullo stato fisico e mentale di un paralitico generale in seguito ad una eritrodermia da stovarsolo (« defense par la peau »). L'eritrodermia però non esclude l'apparizione di nuove manifestazioni cutanee (1).

Bismuto. — Levaditi e i suoi collaboratori hanno sperimentalmente verificato che il bismuto in dosi sufficienti esercita un'azione *preventiva* antisifilitica radicale, una vera sterilizzazione dell'organismo e non una semplice inibizione del potenziale proliferativo del virus (secondo Kolle).

Sembra che il bismuto non passi mai nel liquido c. r.

Gli accidenti da bismuto più frequenti sono le stomatiti: talvolta leggeri fenomeni d'intolleranza (febbre, « courbature »), albuminuria, rarissime volte eritrodermia (1 su 10.000 iniezioni: Galliot): foruncoli, « grippe » bismutica (reazione febbrile di sensibilizzazione ad un antigene metallico), dermiti livedoidi.

Sifilide ereditaria. — È raro, in un bambino sano all'apparenza, l'insorgere di manifestazioni sifilitiche terziarie. Ullmo ha osservato un bambino di 5 anni, non distrofico, nel quale in sole 5 settimane si sviluppò una glossite sclero-gommosa ulcerata.

Schwisow insiste sui caratteri morfologici dei denti di Hutchinson, sulle condizioni patogenetiche del loro sviluppo e sulle modificazioni del primo molare (molare a « gemma » o bottone) caratterizzate dalla scomparsa dei tu-

(1) Sarebbe questo un nuovo argomento a favore della proprietà esofilattiche o immunizzanti della pelle, nella sifilide, verso la lues nervosa. NÉKAM junior, in un recente lavoro sulla funzione esofilattica della pelle (*Dermatologische Zeitschrift*, 1935, fasc. 3° e *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, agosto 1935) rileva che nella clinica di Budapest, in dieci anni, su 800 malati, solo 28 (3,50 %) presentarono contemporaneamente manifestazioni sifilitiche e del sistema nervoso.

Questa rarità sarebbe da attribuirsi non ad uno speciale differente tropismo dello spironema, bensì alla funzione protettiva della pelle agente da organo immunizzante. V. M.

bercoli e dalla diminuzione del diametro superiore.

Le agenesie dentarie sono considerate da Milian e Lebourg come stigmati d'eredo-lue: esse colpiscono a preferenza gl'incisivi laterali superiori e i secondi premolari superiori ed inferiori. Solo la sifilide può produrre queste distrofie che si costituirebbero fra la settima e la trentesima settimana della vita fetale.

In una giovane eredo-luetica è stata osservata una senilità precoce del viso con la pelle che, qua e là, aveva l'aspetto della buccia di limone: la così detta « peau citréine » che si considera in genere come segno di degenerazione senile.

Touraine e collaboratori hanno constatato in una eredo-luetica una sindrome adiposo-genitale con diabete insipido (disfunzione dell'ovario e dell'ipofisi anteriore).

L'enuresi è attribuita da M. Pinard alla sifilide ereditaria.

Milian definisce l'eredo-lue della seconda generazione come « una sifilide trasmessa da un eredo-sifilitico senza nuova contaminazione del soggetto che la trasmette nè contaminazione acquisita dell'altro coniuge ».

La sifilide distrofica di Fournier sarebbe una sifilide con virulenza attenuata, sia che il treponema rappresenti la causa diretta della distrofia sia che questa derivi da sifilide delle glandole endocrine.

Milian cita parecchi casi di eredo-lue di seconda generazione: in uno di essi vi era stata superinfezione sifilitica.

V. MONTESANO.

Tre *Pubblicazioni* SEMI-GRATUITE: esclusivamente per gli abbonati al "Policlinico,,:

Dott. FURIO TRAVAGLI
già a. v. del reparto Dermosifilopatico
degli Ospedali Civili di Genova

La bismutoterapia della Sifilide

Volume di pagg. IV-72. Prezzo L. **12**, più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al « Policlinico », sole L. **6**, franco di porto in Italia. Per l'Estero L. **8**.

Dello stesso **Dott. TRAVAGLI**:

La moderna lotta contro le malattie sessuali

(con 15 figure intercalate nel testo)
Prefazione del prof. **A. Morselli**

Volume di pagg. VIII-112. Prezzo L. **10**, più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al « Policlinico », sole L. **5**, franco di porto in Italia. Per l'Estero L. **7**.

* * *

Dott. Prof. PAOLO STANGANELLI
della R. Università di Napoli

L'asma bronchiale nei moderni concetti

Volume di pagg. VIII-100. Prezzo L. **12**, più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al « Policlinico », sole L. **6**, franco di porto in Italia. Per l'Estero L. **8**.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale succursale diciotto. ROMA.

QUESTIONI D'ATTUALITA'

La diagnosi e la cura dell'asma bronchiale con la "sostanza P„ di Oriel.

(F. CAPUANI. *Ospedale Maggiore di Novara*, n. 4, 1935).

L'A. espone i risultati oltremodo lusinghieri da lui ottenuti nella diagnosi e nella cura dell'asma bronchiale mediante la Sostanza P di Oriel.

Trattasi di una sostanza che l'Oriel ha isolato dalle orine dei malati d'asma, e che appartenendo chimicamente al gruppo delle proteosi, è stata designata coll'appellativo di « sostanza P ». Questa sostanza, che appare come una polvere bianca, è dotata di forte potere antigene con carattere di così spiccata specificità da permettere di diagnosticare con sicurezza la natura allergica della sindrome respiratoria. La dimostrazione della sua specificità è stata ottenuta anche con i trasporti passivi di allergia e con la prova di Dale sull'utero della cavia sensibilizzata. La specificità è specificità di allergene, vale a dire la sostanza P di un malato sensibile per es. alla forfora di cavallo provoca reazione positiva in tutti i malati sensibili alla forfora di cavallo ma non in quelli sensibili alla polvere, per es. di pelo di coniglio.

L'estrazione della sostanza P è semplice, ma richiede alcune avvertenze la cui trascuranza causa l'insuccesso e spiega le divergenze sorte fra alcuni autori. In complesso si può discutere la concezione teorica di Oriel, ma basta aver maneggiata questa misteriosa polvere bianca estratta dalle orine del malato (si estrae anche da quella dei sani ma è sfornita di ogni attività biologica) e basta aver constatato gli effetti rimarchevoli che essa permette di ottenere in alcuni casi, ed aver seguito con ansietà l'evoluzione impressionante delle reazioni provocate con una posologia imprudente, per essere convinti della sua potenza buona o non a seconda del metodo con cui si applica.

La sostanza, così isolata e diluita ad un milionesimo, viene iniettata in dosi crescenti fino ad ottenere la disensibilizzazione del paziente. Un parallelo fra i risultati ottenuti con la sostanza P e quelli ottenuti con stock-vaccini di allergeni senza preventiva determinazione dell'allergene in causa, dimostra che il metodo di Oriel offre il vantaggio di un costo trascurabile in confronto degli stock-vaccini, costo che è naturalmente proporzionale alle centinaia di allergeni contenutivi. Il primo metodo è pertanto superiore al secondo potendosi applicare anche in Ospedali e Ambulatori ove il secondo è invece praticamente inapplicabile.

Però con gli stock-vaccini si riesce a disensibilizzare quasi tutti i malati, mentre con la sostanza P un buon terzo non viene influenzato ed il fatto appare strano sembrando che per quanto completi possano essere gli stock-vaccini, essi non possano mai raggiungere il grado di specificità della proteosi orinaria. L'apparente paradosso può essere spiegato con il fatto che gli stock-vaccini agiscono forse con un meccanismo ben lontano da quello così specifico quali i preparatori credono di poter loro attribuire, cosicchè fra le molteplici sostanze azotate provenienti dai più svariati prodotti animali e vegetali è più facile che vi sia quella proteina che agisce. In secondo luogo bisogna tener presente che devono esistere fattori secondari che possono ostacolare l'espulsione della sostanza di Oriel per le orine o quanto meno la possibilità che essa venga rinvenuta nelle orine con la reazione all'etere.

Va però rilevato che quando essa è presente possiede una attività biologica maggiore di qualunque vaccino. L'uso sia dell'una che degli altri espone al pericolo (quando non si sia ben guardinghi della posologia) di scatenare un accesso che talora è ben più grave degli abituali. I metodi usati per evitare la crisi emoclasica mentre riescono sempre per gli stock-vaccini, danno risultati incostanti con la proteosi, e mentre tale azione protettiva è possibile con i primi perfino se usati per via endovenosa, col che si ottiene il massimo dei risultati favorevoli, non è sempre efficace con la seconda neppure se usata intradermicamente.

L'A. è giunto a formulare le seguenti conclusioni:

La proteosi orinaria di Oriel appare rappresentare un fenomeno biologico della più grande importanza dottrinale e pratica, nei precisi termini descritti da Oriel.

La tecnica migliore è sembrata quella originaria di Oriel.

Dal punto di vista diagnostico solo nei casi di asma si sono ottenuti risultati che per quantità e regolarità permettono di affermare la specificità diagnostica della proteosi mentre nelle dermatosi da medicamenti non si sono avuti sinora risultati univoci.

Dal lato curativo la proteosi è applicabile solo in circa 2/3 dei casi di asma bronchiale, mentre in un terzo essa è o inesistente o inattiva.

Nei confronti con le terapie a base di allergeni usati come stock-vaccini la proteosi è meno sicura nei risultati, ma l'enorme vantaggio del suo poco costo rende consigliabile di sperimentarla nella cura prima di ricorrere ai vaccini polivalenti.

a. p.

SUNTI E RASSEGNE

DIAGNOSTICA E TECNICA DI LABORATORIO.

La puntura dello sterno nella pratica medica.

(A. S. ROVERSI e E. TANTURRI. *Haematologica*, 1935, fasc. VIII).

Dopo una rassegna delle varie tecniche adoperate per la biopsia del midollo osseo e dei risultati ottenuti dai ricercatori, gli AA. descrivono il metodo della puntura sternale secondo Arikin, da loro usata con qualche modificazione. Essi trovano più facile eseguire detta puntura sul corpo dello sterno, all'altezza del III spazio intercostale, presso uno dei margini, dirigendo obliquamente l'ago dall'esterno verso il centro del cavo midollare. Con il materiale ottenuto si eseguiscono inclusioni e strisci. Su questi ultimi, colorati col May-Grünwald-Giemsa, gli AA. hanno eseguito la formula dei vari elementi, contandone un buon numero.

Essi dànno maggior valore a questi strisci che non ai preparati ottenuti con inclusione, perchè questi non permettono un fine rilievo citologico. Hanno eseguito la puntura dello sterno 67 volte in 59 malati delle seguenti affezioni: anemia perniciosa progressiva; leucemia linfatica, mieloide, monocitica, emocitoblastica; ittero emolitico; poliglobulie; sindromi emorragiche; linfogranulomatosi maligna; cirrosi epatica atrofica; anemie secondarie a malattie diverse, ecc.

Dai risultati delle loro ricerche emerge la praticità e l'utilità di una larga applicazione clinica di questo mezzo di indagine, oltre che la semplicità e la innocuità di esso.

Gli AA. passano in rassegna il contributo recato dalla st. puntura nel giudizio diagnostico dei quadri morbosi offerti dai loro pazienti. Nella anemia perniciosa vi è la principale indicazione ad essa, in quanto è capace di svelare una megaloblastosi presente nel midollo e non nel sangue periferico e fornisce così l'elemento necessario ad una esatta diagnosi. Quindi in questo campo la st. puntura in confronto alla sintomatologia clinica ed agli altri esami di laboratorio, porta spesso un contributo veramente decisivo.

Lo studio del midollo osseo nei casi di leucemia linfatica ha messo in evidenza la presenza costante di elementi immaturi della serie granulocitica, e di quella eritroblastica, ma non sempre quella di cellule immature della serie linfocitaria. Gli AA. hanno concluso che la metaplasia linfoide del tessuto midollare o non è costante o almeno è difficilmente dimostrabile in vivo.

Nelle altre emopatie la st. p. ha un interesse scientifico notevole ed anche in quelle malat-

tie come ad esempio la cirrosi epatica, che hanno ripercussione nel quadro ematico. Essa ha permesso ad uno degli AA. di raccogliere elementi importanti in proposito, conducendolo ad affermare che non si può parlare di perniciosità (megaloblastosi) nell'anemia da cirrosi epatica e che la formula eritrocitometrica del sangue circolante di questi malati, si avvicina più che non negli individui normali a quella del sangue mieloide.

Ma vi sono anche altre applicazioni della st. puntura nel campo diagnostico ed anche in quello terapeutico. Essa si presta bene per eseguire lo studio batteriologico e culturale dell'estratto midollare. È stata poi già dimostrata la pratica possibilità di introdurre farmaci per via sternale ed anche sieri e vaccini. Gli AA. consigliano al riguardo, nei casi nei quali la st. puntura è fatta in soggetti molto anemici di non limitarsi a sottrarre sangue midollare a scopo diagnostico, ma di introdurre anche una soluzione di estratto epatico concentrato, il che potrebbe servire anche nei casi di anemia perniciosa, come criterio *ex juvantibus*.

Riguardo infine al meccanismo col quale agisce l'estratto epatico introdotto direttamente nello sterno, pare logico pensare che si tratti di una comune introduzione endovenosa.

VICENTINI.

La reazione di Meinicke nelle malattie tubercolari e non tubercolari.

(C. SPINEDI. *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*, settembre 1935).

Fu Nagel il primo ad applicare la reazione di Meinicke alla diagnosi della tubercolosi. Successivamente lo stesso Meinicke fece studi in proposito ed indicò il significato ed il valore della sua reazione nei riguardi della tbc., affermando che la ricchezza in anticorpi di un dato siero è in funzione ad un tempo della forma anatomica e della durata della malattia e che al riguardo i sieri dimostrano una forte stabilità. Così, mentre le forme cirrotiche-cavernose danno le reazioni fortemente positive, le forme recenti infiltrative anche estese e le forme acute danno risultati debolmente positivi o negativi affatto. Inoltre una reazione nettamente negativa non esclude con sicurezza la tbc., mentre una reazione fortemente positiva è assai probativa.

Il nostro A. ha eseguito una serie di ricerche non tanto allo scopo di sperimentare la reazione nei casi di affezioni tubercolari, quanto per controllarla in casi di affezioni di altra natura. Da prima eseguì la reazione di Meinicke in 105 casi di affezioni tubercolari polmonari con 94 risultati che rientrarono nei limiti segnati da Meinicke stesso, 4 che se ne allontanarono per il risultato negativo apparentemente non giustificato, 3 che se ne allontanarono per la positività della prova del controllo, nella sua genesi non chiarita.

I risultati ottenuti con i sieri di individui che presentavano affezioni non tubercolari furono i seguenti: nel gruppo delle malattie infettive, l'88 % circa dei casi fornì risultati negativi che si dimostrarono in armonia con gli elementi clinici; nel 5 % circa si ebbe risultato positivo per la tubercolosi: di questi nella metà detto risultato positivo non trovò conferma negli esami clinici adoperati per il controllo, nell'altra metà un accurato esame radiologico dimostrò l'esistenza di lesioni tbc. di vario genere; nel 6 % circa vi fu risultato positivo anche nel controllo, ma in un solo caso tale positività apparve giustificata dalla presenza di infezione luetica.

I risultati ottenuti in un secondo gruppo di malati di tumori, malattie del ricambio, dei reni, dell'apparato digerente ecc., a lungo decorso ed esaurienti, furono: nel 20 % risultato negativo in armonia all'esame clinico; nel 3 % reazione positiva per la tbc. (in due casi l'esame clinico rivelò presenza di focolai tubercolari); nel 3 % reazione aspecifica positiva anche nel controllo e risposta non tipica, nè facilmente interpretabile alle prove di assorbimento.

Infine l'A. riferisce su due gruppi di casi particolarmente interessanti: il primo comprende malattie polmonari: di 22 casi di polmonite e broncopolmonite, 20 dettero risultato negativo, uno di media positività per la tbc., uno di netta positività (luetico) in tutte le provette; 12 casi tra ascessi e gangrene polmonari dettero risultato negativo e così pure 15 di bronchite cronica, 3 di bronchite asmatica e 5 di tumori polmonari. Il secondo gruppo è formato da tredici malati nei quali la reazione servì a chiarire la diagnosi oscura.

Per quanto il numero complessivo dei casi esaminati non sia stato molto grande pur tuttavia l'A. si ritiene in grado di concludere che tenuto conto della notevole limitazione che il valore della reazione subisce a causa della insensibilità di fronte ai casi di tbc. iniziale e di quelli lievi, essa non potrà avere una grande portata pratica nel campo diagnostico delle malattie polmonari; infatti i progressi della radiologia e di altri mezzi diagnostici, limitano molto il bisogno di ricorrere ad un tale accertamento diagnostico.

Importanza maggiore potrà avere nella diagnostica delle malattie extrapolmonari se sperimentato su un più vasto materiale, si dimostrerà sufficientemente sensibile.

VICENTINI.

TERAPIA.

L'autoemoterapia.

(G. LAURENCE. *Journal des Praticiens*, 3 agosto 1935).

L'autoemoterapia è stata tentata in questi ultimi anni in un gran numero di affezioni con risultati eccellenti secondo alcuni autori, e con veri insuccessi secondo altri. Come avviene ogni qual volta si lancia un nuovo meto-

do di cura, esso viene applicato a proposito ed a sproposito, se ne fa una panacea universale. Si porta così per reazione il discredito su metodi terapeutici, che invece nel limite delle loro precise indicazioni meritano la maggiore considerazione. Conviene pertanto determinare in quali condizioni l'autoemoterapia può riuscire utile.

La tecnica è semplice. Si aspira da una vena della piega del gomito il sangue che viene poi immediatamente iniettato nella regione glutea o nella coscia. Si deve osservare un'asepsi ed un'antisepsi rigorosa e praticare l'iniezione profondamente in piena massa muscolare.

Negli adulti si inietteranno 10-12 cmc.: quantità maggiori non sono più efficaci e provocano dolore e impaccio nel punto d'iniezione. Nei bambini da 2 a 7 anni si iniettano 2 cmc.

Ordinariamente si praticano due iniezioni alla settimana; il numero delle iniezioni varia a seconda della malattia, talvolta per notare un successo bisogna praticarne 25 o 30.

Gli accidenti sono eccezionali: sono state registrate reazioni a tipo serico, aggravamento della malattia. I disturbi immediati sono di scarsa importanza, tutt'al più un po' di cefalea o una leggera ipertermia.

L'autoemoterapia ha dato successi incontestabili in dermatologia.

L'orticaria cronica o acuta, gli edemi di Quincke concomitanti o isolati sono frequentemente migliorati.

In tutte le forme pruriginose (prurigo diatesico, prurigo di Hebra, prurito essenziale, prurito delle placche di neuro-dermite) si ha molto spesso la scomparsa o l'attenuazione del disturbo sensitivo. L'azione sulla lesione cutanea è meno manifesta e costante.

Negli eczemi si hanno risultati meno brillanti, solo negli eczemi dei lattanti e nell'eczema bolloso degli adulti è stato registrato qualche successo. Nell'eczema seborroico è assolutamente inefficace.

Nella dermatite di Brocq, nell'herpes recidivante si possono avere anche guarigioni. Anche sulla pytiriasis rosea di Gibert, sulle dermatiti di Dühring si possono avere miglioramenti. Invece nelle dermatiti acute professionali e nel lichene piano l'effetto è nullo.

L'autoemoterapia ha dato pochi successi nella tricofizia, nella piodermite, nella follicolite: nelle idrosadeniti i risultati furono più incoraggianti.

Il metodo ha la sua indicazione più precisa nella foruncolosi generalizzata. I risultati sono più tangibili quando l'affezione è recente ed acuta.

In certe forme di algie, specie in quelle che accompagnano lo zoster, l'autoemoterapia dà spesso buoni risultati.

Nelle forme allergiche (orticaria, morbo di Quincke, febbre da fieno, asma, ecc.) l'autoemoterapia dà sovente effetti sorprendenti.

Felici risultati si sono avuti anche nel reumatismo subacuto e cronico.

Il metodo è stato tentato nella cura del tifo, della polmonite, della pleurite e delle febbri eruttive, ma si è dovuto abbandonarlo. Solo nell'eresipela, nell'infezione gonococcica, nell'encefalite letargica sono stati registrati successi.

L'autoemoterapia è impiegata dai tedeschi nella cura della tubercolosi polmonare. In Francia vi si ricorre solo nelle emottisi abbondanti, essendo dimostrato che essa è efficace in tutte le sindromi emorragiche: emofilia, porpora, anemie gravi criptogenetiche, ecc.

L'autoemoterapia vanta anche, qualche successo negli stati di depressione in psichiatria, nell'ozena in otorinolaringologia, nonchè in alcune affezioni oculari.

Recentemente si sono registrati successi anche nel trattamento dell'emorragia cerebrale.

Il meccanismo di azione dell'autoemoterapia è controverso. Secondo Ravaut si tratta di un processo di vaccinazione. Dumollard pensa che si tratta di uno choc emoclasico, come dimostrerebbe la leucopenia e l'aumento del tempo di coagulazione subito dopo l'iniezione.

Certo è che il sangue uscito dai vasi acquista proprietà particolari, aumenta sopratutto il suo potere germicida.

In seguito all'autoemoterapia si trovano aumentate nel sangue le globuline di cui è nota l'importanza nella genesi degli anticorpi.

Viene aumentato il potere di fissazione del sistema reticolo-endoteliale ed il potere battericida del plasma.

Si tratta insomma di un'azione molto complessa.

Comunque all'atto pratico il valore terapeutico del metodo è ineguale ed incostante, ma tuttavia non trascurabile.

Il pratico potrà ricavarne notevoli vantaggi se lo adopererà solo nelle malattie nelle quali l'esperienza ne ha dimostrata l'efficacia. Conviene in ogni modo tener presente che esso è innocuo e perciò può essere tentato in molti casi. Dr.

La piretoterapia della paralisi progressiva.

(M. Montassut. *Bulletin Médical*, 31 agosto 1935).

Era stata da tempo notata l'influenza favorevole dei gravi processi febbrili sull'andamento della paralisi progressiva. Erano state notate remissioni nel corso di suppurazioni prolungate, dell'eresipela, della pulmonite e del tifo. Fondandosi su questi dati clinici Wagner-Jauregg pensò di provcare la febbre a scopo terapeutico. Tentò la tubercolina, il vaccino artificiale, l'inoculazione dell'eresipela per fissare finalmente nel 1917 la sua scelta sulla malaria. I risultati furono così incoraggiati

che il metodo si diffuse rapidamente e su larga scala per modo che si potette avere una casistica abbondante e tale da poter precisare il metodo di inoculazione, la scelta dei malati, formulare le controindicazioni, stabilire la prognosi immediata e lontana.

Il trattamento dovrebbe iniziarsi precocemente, nella fase iniziale della malattia quando i fatti mentali non sono accentuati e lo stato fisico ben conservato. Ma il più delle volte i malati capitano all'osservazione del medico solo quando il decadimento psichico è già iniziato se non pronunziato. Tuttavia la cura va tentata in ogni stadio della malattia a meno che non vi siano controindicazioni.

Per quel che riguarda l'età occorre tener presente che verso i 60 anni la malarizzazione è meno efficace e più pericolosa.

La gravidanza costituisce una controindicazione parziale: si può avere un parto regolare, ma il bambino deve essere chininizzato.

La tubercolosi polmonare in fase evolutiva, le cardiopatie gravi, le deficienze epato-renali costituiscono controindicazioni.

Il deperimento grave, la cachessia terminale costituiscono controindicazioni: tuttavia in certe forme si può tentare la cura, dopo avere migliorato lo stato fisico, ad esempio con lo stovarsolo.

Le forme apoplettiche non sempre sono controindicazioni.

Le forme deliranti e confusionali acute non giustificano l'astensionismo.

Il parassita malarico che dà i migliori risultati è il *plasmodium vivax*, agente della terzana benigna. Esso dà manifestazioni più regolari, più dosabili e controllabili con il chinino, ed ha una vitalità molto grande; può essere trasmesso da uomo a uomo numerose volte. Alcuni provocano la malaria anche mediante la puntura di un anofele infetto.

Ma di solito il prelevamento si fa dalla vena di un paralitico malarizzato, preferibilmente ma non necessariamente durante un accesso febbrile.

Sono sufficienti 2-3 cmc. che s'iniettano per via endovenosa, oppure 6-10 cmc. per via intramuscolare e anche sottocutanea. La ricerca dei gruppi sanguigni tra datore e ricevitore è inutile.

La via endovenosa è la più rapida. Ma quella intramuscolare o sottocutanea consente di meglio dominare l'infezione malarica, è quindi preferibile nei casi nei quali lo stato generale del paziente lascia a desiderare. Alcuni malarizzano contemporaneamente per via endovenosa e sottocutanea.

Sono stati fatti anche tentativi di iniezione del sangue nel rachide, nel cervello e nei ventricoli, ma con effetti non incoraggianti. L'inoculazione di liquor, invece che di sangue, ha dato risultati incostanti.

L'incubazione per via endovenosa dura qualche giorno, mentre per via ipodermica dura 8-12 giorni. Al principio dell'incubazione si hanno leggere oscillazioni termiche per riassorbimento o choc, e verso le fine dell'incubazione nuove e leggere elevazioni termiche irregolari; seguono gli accessi intermittenti dapprima tipici con il periodo della terzana e febbre a 40°-41° e defervescenza netta. Poi gli accessi si avvicinano fino a diventare quotidiani.

Tra le complicazioni più frequenti sono da citare l'erpete, l'ictus apoplettico, i decubiti, la cachessia rapida, lo scoppio della milza, le emorragie.

Spesso la malarizzazione aggrava transitoriamente lo stato mentale (eccitazione psichica, turbolenza, manifestazioni confusionali e oniriche), il che non ha significato prognostico grave.

Talvolta dopo qualche giorno gli accessi cessano, e per farli ricomparire conviene ricorrere ad iniezioni di proteine (latte, nucleinato di soda, ecc.).

Ma generalmente la malaria viene interrotta verso il decimo accesso con il chinino per via orale (gr. 1.50 al giorno) ed eventualmente per via sottocutanea o endovenosa.

Dopo la malarizzazione si praticano cure antiluetiche. A Vienna si usa il neosalvarsan, nei paesi anglo-sassoni la triparsamide, in Francia lo stovarsol sodico oppure sulfarsenol e bismuto.

I risultati immediati della malarioterapia sono importanti. Lo stato fisico migliora sensibilmente, aumenta il peso e l'appetito. Migliorano la parola e la scrittura, si attenuano i disturbi della reflettività, mentre rimangono presso che immutati quelli pupillari. Le manifestazioni psichiche sono le più favorevolmente influenzate: retrocedono gli stati confusionali e deliranti, gli stati di eccitazione, tutte le forme di attività mentale riprendono vivacità, il decadimento si attenua fino al punto da consentire al paziente di riprendere le sue occupazioni. Le modificazioni umorali (sangue e liquor) non procedono di pari passo con il miglioramento neuro-psichico. Solo a seguito del trattamento antiluetico la reazione di Wassermann diventa con il tempo negativa.

I risultati lontani della malarioterapia sono meno decisi, nel senso che l'eventuale miglioramento non sempre progredisce o persiste. Le statistiche fornite dai varî AA. danno risultati varî ma in complesso si può affermare che le remissioni complete si hanno nel 25-32 % dei casi trattati. Le remissioni incomplete oscillano invece nelle diverse statistiche dal 7 al 50 %.

Le ricadute non sono rare specie nel corso del primo anno e la loro prognosi rimane grave anche se si ripete la malarizzazione. Gross e Straussler affermano che dopo tre anni dalla

cura si può scartare ogni eventualità di ricadute.

La mortalità è grande durante il primo anno e si abbassa negli anni successivi.

Tutto sommato dopo l'esperienza di quasi 18 anni si può concludere che i risultati nella malarioterapia sono incontestabili: si può ritenere per sicuro che circa un quarto dei malati sono restituiti alle loro normali attività, mentre per oltre un terzo si ha un miglioramento che può consentire un'attività ridotta o per lo meno l'assistenza a domicilio.

È questo già molto per una malattia che condannava al cento per cento gli individui che ne erano affetti.

I successi della malarioterapia hanno indotto a tentare altri mezzi di sieroterapia allo scopo di saggiarne gli eventuali vantaggi sia nei riguardi dell'efficacia come della pericolosità.

I tentativi con la febbre ricorrente, che del resto furono fatti fin dal 1879, sono stati ripresi, ma non hanno dimostrato una effettiva superiorità in confronto della malaria.

La tubercolina, il vaccino antitifico e simili non hanno dato effetti migliori.

Tra gli agenti piretogeni di natura chimica, come il latte, il nucleinato di sodio, lo zolfo, il più consigliabile si è dimostrato quest'ultimo. Si praticano inzioni endomuscolari di soluzioni di zolfo, o zolfo colloidale. La quantità da iniettare varia secondo la resistenza dell'individuo e la temperatura che si vuole raggiungere. Gli accessi febbrili che si provocano così sono clinicamente analoghi a quelli malarici, ma i risultati terapeutici sono inferiori.

La diatermia tentata da Cash Knig e Cook e poi da Neymann e Ostborne consente di mantenere il paziente ad una temperatura costantemente regolabile. Viene applicato su tutto il corpo o solo per via transcerebrale. Cortesi, che l'ha largamente sperimentata, afferma che l'azione curativa è più rapida, ma più superficiale e meno durevole. La tecnica per altro è ancora pericolosa.

La balneoterapia calda è stata abbandonata per le sofferenze che provoca il lungo soggiorno in acqua a 45°, e perchè dà risultati mediocri. DR.

Il trattamento del coma diabetico.

(H. J. JOHN. *Journal Americ. Medic. Assoc.*, 24 agosto 1935).

Il coma diabetico è tra le varie forme di coma il più suscettibile di guarigione, purchè la cura sia sollecita, adeguata, efficiente. Da ciò la necessità di una diagnosi pronta ed esatta al primo manifestarsi del male.

L'aspetto di un paziente di coma è caratteristico: incoscienza, respirazione affannosa, labbra secche, lingua patinosa e secca, alito acetonico, pomelli al principio pallidi e poi arrossati, polso frequente, ipotensione vasale, spesso vomito.

Ma oltre che nel diabete il coma può verificarsi in altre condizioni: nefrite, emorragia cerebrale, frattura del cranio, tumore cerebrale, meningite, insulinismo.

Ciascun coma ha piccoli segni che potrebbero consentire ad un clinico sperimentato di accertarne la origine, ma nella grande maggioranza dei casi tale accertamento si fa in base ai dati anamnestici ed alla presenza dei sintomi della malattia causale.

In genere la diagnosi di coma diabetico vien fatta in base alla conoscenza dello stato di malattia del paziente (quantunque possa capitare che il coma sia la prima manifestazione rilevata del diabete), l'inizio graduale dell'accidente in quanto il paziente entra in coma lentamente e talvolta anche nel corso di due o tre giorni, l'alito acetonico, la glicosuria e la chetonuria, l'iperglicemia, l'abbassamento della riserva alcalina.

I fatti che comandano il coma diabetico possono riassumersi in tre gruppi, ciascuno dei quali può essere modificato da adatti espedienti terapeutici:

1) Complesso diabetico: iperglicemia, eccesso di corpi chetonici nel sangue, riduzione della riserva alcalina; tali fatti possono essere corretti con l'insulina.

2) Complesso di disidratazione: tessuti poveri di sangue, diminuzione della massa del sangue, ipotensione vasale, concentrazione del sangue con aumento dell'urea, delle emazie e dell'emoglobina e diminuzione dei cloruri: tali fatti possono essere corretti con l'iniezione ipodermica o endovenosa di abbondante quantità di acqua.

3) Complesso della forma dei tessuti in relazione all'incapacità di utilizzare i carboidrati a causa della deficienza di acqua, di insulina, nonchè dell'avvelenamento chetosico: tale fatto può essere corretto con l'insulina, con iniezioni di acqua e con la somministrazione di piccole dosi di alcali.

Conviene comunque tener presente anche agli effetti del trattamento che nei diabetici il coma può essere provocato dalla sospensione della cura insulinica, da infezioni, irregolarità dietetiche, ipertiroidismo, piccoli interventi chirurgici, shock nervoso.

Il trattamento insulinico deve essere praticato prontamente in dosi sufficienti. Conviene tener presente che è meglio largheggiare nel genere. Si può cominciare con l'iniettare per via endovenosa 40-50 unità, e quindi ripetere ogni mezz'ora iniezioni di 20 unità fino a che il tasso dello zucchero raggiunge circa i 250 milligrammi per 100 cmc. di sangue. In seguito l'insulina si darà ogni ora o due. Se contemporaneamente si iniettano soluzioni di

sale o destrosio l'insulina può essere aggiunta a queste soluzioni.

Al riguardo va notato che la somministrazione di liquidi ha un valore eguale a quello dell'insulina. Si praticano ipodermoclisi o fleboclisi di soluzione fisiologica o di soluzione di destrosio. In seguito si praticheranno le lavande abbondanti dello stomaco con acqua fredda e leggermente alcalinizzata.

La somministrazione di destrosio per via endovenosa è utile allo scopo di ridurre l'avvelenamento chetogeno. Si inietteranno 250 cmc. di soluzione al destrosio al 10 %. I 25 grammi di destrosio che entrano in circolo sono rapidamente bruciati da 12 unità di insulina. Ripetendo le fleboclisi a distanza di tempo fino a dare 100-200 grammi di destrosio si può essere sicuri che questo è rapidamente distrutto dall'insulina iniettata nel corso della cura. Il destrosio così iniettato ha un'azione antichetogena, in quanto la incompleta combustione dei grassi è ridotta al minimo e quindi anche la produzione di chetoni.

La perdita di cloruri che si ha sopra tutto con il vomito è compensata dalla somministrazione che se ne fa con la soluzione fisiologica.

Oltre queste cure essenziali che combattono direttamente il male, vi sono quelle accessorie atte a sostenere le forze del paziente ed a ridurre l'intossicazione. Il malato deve osservare l'assoluto riposo a letto ben coperto e riscaldato con bottiglie d'acqua calda; si praticheranno lavande intestinali e gastriche; si somministreranno cardiocinetici per iniezione, sopra tutto la caffeina. Appena la tolleranza dello stomaco lo consentirà si daranno spesso bevande, specie di succhi di agrumi, ed appena possibile s'inizierà l'alimentazione con uova, latte e burro.

Se questo trattamento viene iniziato tempestivamente e scrupolosamente si può avere molta probabilità, quasi la certezza di avere ragione del male. Certo non sempre i medici hanno a disposizione i mezzi d'indagine per fare la diagnosi giusta, nè i mezzi terapeutici adatti: ciò dà ragione del fatto che la mortalità per coma diabetico si mantiene ancora abbastanza elevata.

Il coma diabetico può essere complicato da disturbi cardiaci (iposistolia, fibrillazione auricolare) che possono essere combattuti con iniezioni intramuscolari di caffeina, epinefrina e digitalina. In caso di collasso cardiaco si praticheranno iniezioni endovenose di strofantina.

La eventuale anuria o oliguria deve essere prontamente combattuta con iniezioni endovenose di soluzione di Fischer. La ritenzione di urina durante lo stato di incoscienza farà procedere al cateterismo.

Dr.

DIVAGAZIONI

La sorte degli scienziati espulsi dalla Germania.

La Germania continua con sempre maggiore intensità l'opera intrapresa di « epurazione della razza » che, a parte il concetto troppo teorico di razza pura, appare un grande errore bio-sociologico, non diverso da quello che limitasse le nozze ai componenti di una stessa famiglia, di uno stesso clan o tribù. È da un saggio miscuglio delle razze che si trae una maggiore vitalità e che si può meglio forgiare l'*uomo*, nel più alto significato della parola.

Una legge recente ribadisce le prime disposizioni, arrivando a proibire i rapporti sessuali extramatrimoniali con ebrei ed individui di sangue tedesco, pena la prigione e delle ammende pecuniarie. A partire dalla Pasqua del 1936, gli ebrei dovranno frequentare scuole speciali, con insegnanti pure ebrei. Ma il più curioso è una sorta di matematica razziale, per cui si stabiliscono i gradi di purezza della razza che deve essere, per esempio, del 100 % per i giornalisti, del 75 % per medici ed avvocati e così via.

Tutte queste leggi nonchè le persecuzioni politiche hanno costretto una gran quantità di gente ad emigrare. È forse la prima volta nella storia che si verifica un fatto di tal genere in queste proporzioni. Fatto che viene chiamato fenomeno storico per chi ne è lontano nello spazio e nel tempo, ma che è dolorosamente tragico per chi lo vive, tanto più che — nelle attuali condizioni di disoccupazione e di feroce difesa dei confini e delle nazioni — ogni straniero che intenda fissarsi in un paese rappresenta un elemento indesiderabile. Se ne comprende agevolmente la ragione, anche dal solo punto di vista economico; così i chirurgi tedeschi che in certe città della Svizzera praticano tariffe di 50 franchi per un'appendicectomia non possono essere veduti di buon occhio dai colleghi locali.

Fra gli emigrati, numerosi sono stati i professori universitarii e gli scienziati, fra cui delle celebrità mondiali come Einstein ed altri « premi Nobel ». Il numero si calcola a 1200, fra cui 311 medici e 169 chimici. La crisi economica ed i criteri di economia dovunque vigenti non hanno permesso di creare per loro dei posti nelle università straniere. Si incominciò a raccogliere dei fondi speciali e qualcuno potè ottenere delle borse per continuare le ricerche intraprese; ad altri vennero affidate delle conferenze. Per gli scienziati di fama, la cosa fu relativamente non difficile, ma ben diversa fu per gli altri, specialmente per i giovani.

In alcuni paesi, come per es. a Zurigo, si fondò un ufficio di reciproca assistenza, per cui quelli più favoriti dalla sorte aiutano gli

altri. Circa 150 professori trovarono posto all'Università di Istanbul, recentemente riorganizzata ed ingrandita. Si fondò a New York la « New School of Social Research » dove i professori, tutti tedeschi emigrati, insegnano varie specialità. Molti ebbero posti all'Università israelita di Palestina, dove però si è già raggiunta la saturazione. Alcuni furono accolti nelle università del Sud-America, altri — specialmente tecnici — sono utilizzati nella Spagna ed in Portogallo. L'Istituto Warburg, con tutto il personale, si è trasferito da Amburgo a Londra.

Di 650 universitari, 366 possono continuare i loro studî; di cui 165 in Gran Bretagna, 68 agli Stati Uniti, 35 in Francia. Altri 240 hanno posizioni stabili, di cui 40 agli Stati Uniti, 21 in Palestina, 11 in U.R.S.S., 2 in Francia.

Nel 1934, i Comitati locali di assistenza si fusero in un Comitato internazionale; in 2 anni, sono stati raccolti dollari 1.232.534, di cui 340.000 dati dalla Fondazione Rockefeller. Sono state assegnate, per ricerche e studî, 135 borse, le quali non costituiscono semplici opere di carità, ma sono destinate a proseguire delle ricerche in corso, sicchè col lavoro fatto ha largamente rimunerato i capitali sborsati.

Certamente, la situazione — specialmente per l'attuale periodo di crisi — è quanto mai precaria. I fondi dei comitati stanno per essere esauriti e non si prevede come e donde potranno venire nuovi contributi.

fil.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Prof. I. Tansini. *Per il perfezionamento della operazione chirurgica nella lotta contro il cancro.* R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, vol. LXVIII, fasc. XI-XV, 1935.

Il prof. Tansini, emerito della R. Università di Pavia, e sempre attivo ricercatore nel campo chirurgico, ritorna sulla questione già da lui più volte accennata in altre pubblicazioni dell'importanza dell'iperemia per lo sviluppo del cancro, e quindi della possibilità, determinando condizioni ischemiche degli organi e delle parti affette, di ottenere migliori risultati nell'ablazione operatoria e allontanare o ridurre le recidive.

L'argomento è di grande interesse, come tutti quelli che si riferiscono alla lotta contro questo flagello dell'umanità, nella quale noi siamo purtroppo in condizioni sfavorevoli, data l'ignoranza delle sue cause; è evidente quindi che tutto quello, che anche in parte può essere di aiuto nei nostri tentativi di cura, e che rappresenta un miglioramento dei risultati che si possono ottenere coi mezzi che abbiamo sinora a disposizione, è da accogliere con fiducia nella speranza di raggiungere, sia pure parzialmente, dei successi migliori e più duraturi.

E sono altamente da lodare coloro, che come il prof. Tansini, pur giunti al meritato riposo della loro lunga fatica, non cessano dal portare il contributo della loro lunga e illuminata esperienza a questo, che direi il problema pratico più interessante del cancro.

Il Tansini, che ha il merito di avere ideato un metodo operativo assai efficace di larga exeresi del cancro della mammella, che diminuisce di molto le probabilità delle recidive locali, passa ora in rassegna tutti i dati, che appoggiano l'idea dell'importanza del fattore « iperemia » nello sviluppo del cancro, dalle speciali condizioni di alcuni organi, all'età, ai momenti funzionali, alle irritazioni di vario genere, che sempre si esplicano coll'aumento della circolazione arteriosa del punto colpito.

E aggiunge la sua esperienza chirurgica in alcuni campi, come nell'epitelioma della lingua, in cui da quando esegue sistematicamente la legatura oltre che della linguale anche della carotide esterna, ha ottenuto risultati anche duraturi molto migliori; e ne riporta degli esempi di evidenza indubbia.

Così ricorda i risultati ottenuti da molti, e specialmente da I. L. Faure, nelle operazioni addominali per cancro dell'utero colla legatura delle ipogastriche, non solo per la maggiore facilità tecnica dell'intervento, ma anche per il miglioramento dei risultati lontani.

L'invito che egli fa ai chirurgi di estendere lo studio dei vasi e anche dei nervi in rapporto alle variazioni di calibro dei vasi e quindi dell'afflusso sanguigno, in questo campo della cura chirurgica dei cancri, è certamente degno della sua alta autorità e può essere fecondo di risultati scientifici e pratici del più grande interesse.

R. Alessandri.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

G. Bazzicalupo. *Semeiologia medica, fisica e funzionale.* Unione Tipografico-Editrice Torinese. Prezzo L. 65.

Il manuale di Semeiologia che il Bazzicalupo ha redatto con una concisione che non va a scapito della chiarezza e della completezza, è veramente un ottimo libro di preparazione per gli studenti, di consultazione per i medici.

L'A. ha giustamente bandito dalla sua opera tutto ciò che è dottrinario e lusso di cultura, tutto ciò che ingombra e fa perdere di importanza quel che è essenziale ed interessante. Questo invece è esposto in modo dettagliato ed esauriente.

Numerose e nitide figure illustrano il testo.

La veste tipografica è elegante.

I pregi del libro sono messi in evidenza da una lusinghiera prefazione del prof. D'Amato.

Dr.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ROUSSY-LEROUX-OBERLING. *Précis d'anatomie pathologique*. Masson et C.ie, édit. Paris. Due volumi con oltre 500 figure.

Ossequienti alle idee direttive della collezione dei « Précis », gli AA. riassumono, per studenti, per pratici, per esami, per concorsi, succintamente i dati che riguardano l'anatomia patologica, ma l'anatomia patologica tal quale forma parte dell'insegnamento medico francese, cioè parco.

D'altra parte non si può eccessivamente restringere senza dar luogo a lacune: gli AA., didatti sperimentati, hanno saputo perfettamente scegliere le parti da passare pressochè sotto silenzio, in modo che la trattazione non ne ha subito danno, anzi ne è stata sveltita. Così, per citare un esempio, gli AA., non trattano l'anatomia patologica degli organi dei sensi: gli studiosi per i quali questi « Précis » sono stati compilati, potranno, qualora se ne presentasse la necessità, completare con l'ausilio dei trattati della specialità.

Le parti che compongono l'opera sono le seguenti:

Parte I: lesioni elementari dei tessuti. Parte II: disturbi circolatori. Parte III: processi infiammatori. Parte IV: lesioni elementari ed infiammatorie nei diversi tessuti ed organi. Parte V: processi tumorali in genere. Parte VI: tumori benigni dei diversi tessuti ed organi. Parte VII: tumori maligni o cancri. Parte VIII: tumori dei tessuti nervosi, dei tessuti melanogenici, tumori embrionari.

Ogni capitolo è completato da brevi nozioni di anatomia microscopica ed istiofisiologica.

Ma un « compendio » di anatomia patologica non si concepisce se non con un vasto corredo di illustrazioni il più possibilmente reali. Ed è ad onore della casa editrice mettere in rilievo la ricchezza delle illustrazioni, degli schemi, delle tavole a colori delle quali è stata data la riproduzione: 582 figure, 4 tavole a colori.

L'edizione curata nei particolari, sia che questi riguardino la stampa che la figurazione, rende lieve la lettura e facile la fissazione mnemonica di così vasta materia.

MONTELEONE.

K. BIRNBAUM. *Die Welt des Geisteskranken*. Vol. in-16° di 157 pag., con 7 fig., rilegato. J. Springer, Berlin, 1935. RM. 4,80.

Il libro dell'A. ci porta a comprendere le caratteristiche dei disturbi psichici, studiando le psicosi da tutti i lati, dalle manifestazioni esterne alla loro intima genesi, in modo da giungere alla più profonda comprensione delle malattie psichiche, alla loro base, al modo con cui si producono, ai loro effetti.

Per ben comprendere la vita psichica normale, l'A. incomincia da quelle alterazioni che possono essere prodotte artificialmente (mescalina). Viene in seguito lo studio del disturbo psichico, di cui si mostra la molteplicità dei fenomeni, indicando il modo di orientarsi per inquadrare il singolo caso nei varî quadri morbosi e studiare poi l'essenza delle malattie psichiche nei rapporti con la costituzione, l'eredità, i fatti degenerativi, ecc. Da ultimo, due interessanti capitoli sui rapporti dei disturbi psichici con la vita in comune e con la coltura.

fil.

A. RANELLETTI. *Il Saturnismo*. In-8° di 69 pagine. Stab. tip. « Europa », Roma, 1935.

Il saturnismo è un'intossicazione insidiosa che va soprattutto evitata con un'adatta profilassi e va, ad ogni modo, sospettata e riconosciuta tempestivamente per impedire gravi alterazioni patologiche dell'organismo.

Esso ha ormai una vasta letteratura, in cui il medico pratico non sempre si orienta facilmente. Bene ha quindi fatto il prof. Ranelletti, (che sull'argomento ha una particolare competenza e contributi originali) a riassumere in questo libro le principali nozioni sul saturnismo, prendendone in esame l'etiologia, le cause predisponenti, le vie di penetrazione e di eliminazione, la sintomatologia, diagnosi, profilassi e cura. Molto utile è anche l'esposizione dei metodi di ricerca chimica del piombo.

Pur guardandosi dall'eccesso di considerare come saturnismo tutte le manifestazioni in individui che possono aver contatto col piombo, il medico pratico deve saperlo riconoscere e trattare a tempo e gli sarà quindi assai utile questa pregevole monografia.

fil.

STICOTTI S. *Clima e tubercolosi polmonare*. Livorno, Arti Grafiche Belforte, 1935. Un volume di pag. 100.

Nell'imperversare dei pneumoterapisti ad oltranza, dobbiamo incondizionatamente plaudire alle nuove voci che sorgono nella valorizzazione di sistemi curativi che fecero la loro prova, specialmente se tali voci giungono dai giovani.

La climatoterapia mantiene il suo predominante valore nella tisioterapia. Certo deve un clima essere « individuale », la sua applicazione subordinata allo studio del snigolo individuo, della singola forma morbosa. L'A. ce ne dà i capisaldi: ci ricorda le opinioni passate, le opinioni e le discussioni recenti. Un buon concorso in tali studi, ci viene dalle osservazioni personali dello Sticotti, eseguite su circa 500 ammalati, tenendo in particolare visione le complicazioni emottoiche. Libretto semplice senza pretesa di gettare nuove teorie, ma con la presunzione, felicemente realizzata, di essere utile al medico pratico.

MONTELEONE.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Bologna, 23-26 ottobre 1935).

(Continuazione; v. num. prec.).

PARTE III.

La crescita dagli 11 ai 17 anni ed i valori medii da servire alla valutazione della costituzione individuale in tale età secondo il metodo Viola.

F. SCHIASSI. — L'O. inizia affermando che scopo delle ricerche eseguite è stato quello di studiare l'anatomia e la fisiologia di quel periodo dell'accrescimento che comprende la maturazione sessuale.

Come il Pediatra ha sentito il bisogno di una anatomia e di una fisiologia della infanzia, così anche si ha il bisogno di una anatomia e di una fisiologia della pubertà, la quale è rimasta finora trascurata.

Di questa età di così grande interesse biologico, perchè in essa si compie con la maturazione sessuale la possibilità della conservazione della specie, mancava nella letteratura contemporanea uno studio costituzionale, morfologico e funzionale condotto con una visione adeguata alla complessità dell'argomento.

Peso, statura, perimetro toracico rappresentano i caratteri universalmente studiati e raccolti in una vastissima bibliografia. Si è cercato di misurare il maggior numero di organi e di funzioni, specialmente quelli che sono oggetto dei nostri metodi d'indagine clinica. I dati sono stati elaborati secondo il metodo statistico applicato allo studio della variabilità esposto ed illustrato nella Relazione dal prof. Viola.

I gruppi studiati possono ritenersi sufficienti per una elaborazione statistica, perchè composti di un numero di soggetti vario da 50 a 100. Per il gruppo delle femmine di 11 anni che è di 20 soggetti si è data solo la Media aritmetica, essendo tale gruppo insufficiente per la elaborazione statistica.

Alla obiezione che i gruppi di 50 femmine per ogni anno di età sono troppo esigui per una elaborazione statistica, crede di aver risposto esaurientemente con il calcolo di controllo dei parametri su un gruppo statistico di 50 soggetti estratti a sorte da un gruppo di 100. I parametri nei due gruppi o sono identici o mostrano differenze trascurabili. Questo controllo ha una notevole importanza metodologica, perchè le ricerche non sempre si possono estendere a un grande numero di soggetti.

I parametri calcolati sono la Media aritmetica (Ma), la Media seriale (Md), il σ (sigma) o scostamento tipico dalla Md, il *v* ovvero coefficiente di variabilità, l'ampiezza di variazione o *variati*.

Inoltre sono stati calcolati molti coefficienti di correlazione. In possesso di questi parametri si può procedere alla valutazione della costituzione individuale dei giovani in rapporto allo sviluppo medio di ogni anno da 11° a 17° compiuti.

Gli incrementi delle medie delle singole misure durante il periodo da noi considerato e che comprende sicuramente la pubertà, intesa come maturazione sessuale, presentano una intensità diversa lungo la scala degli anni.

L'intensità di accrescimento maggiore per molte misure si verifica nelle femmine fra i 12 e i 14 anni, nei maschi fra i 13 e i 15 anni. A 10 anni le misure degli uomini sono pressochè uguali a quelle delle donne; a 11-12 anni nella grafica della maggior parte delle misure lineari e cubiche avviene che la curva delle femmine sale al disopra della curva maschile fino a 14-15 anni (solo per il perimetro della coscia fino ai 17 anni); poi si ha la decussazione delle curve, perchè le medie maschili superano le femminili.

Se si considera che il 20-25 % delle ragazze bolognesi presentano la prima mestruazione prima di compiere i 13 anni e che a 15 sono mestruate nella proporzione del 98 %, è giustificata la deduzione che l'accrescimento accelerato dei 12-14 anni coincide o precede di poco la manifestazione sicura della maturazione sessuale, la quale si presenta con una variabilità cronologica che va dal l'11° al 14° anno compreso e con una maggiore frequenza nel semestre anni 13 e mesi 7 — 14 anni.

Le curve di accrescimento medio nei due sessi sono diverse: molte grafiche delle femmine dimostrano un incremento fino a 15 anni, poi la linea assume un decorso pianeggiante, perchè a 15 anni molte misure hanno raggiunto il valore definitivo. Considerando le curve di accrescimento dei maschi e riferentisi non solo a caratteri morfologici, ma anche a caratteri funzionali, si constata un incremento continuo, sia pure di intensità diversa, fino a 17 anni, per cui la grafica ha una forma lineare obliqua e solo a 17 anni molti di questi caratteri raggiungono il loro valore definitivo. La diversità delle curve di accrescimento nei due sessi si può comprendere ammettendo che nei maschi i fattori dell'accrescimento corporeo puberale intervengono non solo con maggiore intensità, ma con cronologia diversa (eterocronismo) per cui quell'incremento accelerato che in certi soggetti si presenta a 13 anni, in altri si presenta a 15-16, con una maggior frequenza però a 14-15 anni.

È ovvio che il gruppo con pubertà tardiva contribuirà ad abbassare le medie dei 15-16-17 anni, così come il gruppo con pubertà precoce eleverà le medie di 11, 12, 13 anni.

Senza ammettere un eterocronismo individuale dell'accrescimento, più spiccato negli uomini che nelle donne, non si potrebbero comprendere le grafiche dell'accrescimento medio di molte misure.

L'eterocronismo dell'accrescimento va probabilmente di pari passo con l'eterocronismo della maturazione sessuale ed è verosimile che vi sia una maggiore variabilità maschile della maturazione sessuale lungo la scala degli anni. Su questo argomento non possiamo pronunciare un giudizio esatto come per le femmine in cui l'eterocronismo rimane compreso fra 12 e 14 anni, mancando per i maschi una data precisa a cui riferire l'avvenuta maturazione sessuale.

Siccome con l'avvenuta maturazione sessuale nelle femmine a 15 anni si chiude quasi l'accrescimento di molte misure, specialmente di quelle lineari a cui partecipa lo scheletro, si è detto che la maturazione sessuale con un meccanismo en-

docrino inibitorio arresta l'accrescimento scheletrico encondrale.

Sta contro questo concetto il diverso rapporto fra accrescimento corporeo e maturazione sessuale in molti mammiferi.

La ragione probabile per cui l'accrescimento corporeo cessa nell'uomo e nella donna a maturazione sessuale raggiunta, va riferita al piano di sviluppo corporeo che nei due sessi presenta caratteri diversi per ciò che riguarda la massa che l'organismo deve raggiungere e per ciò che riguarda la variabilità cronologica dell'intervento dei fattori che provocano e regolano la maturazione sessuale.

Nel momento in cui dopo l'anfimixi avviene la determinazione del sesso del nuovo individuo ancora unicellulare è già segnato il destino individuale, sia per ciò che riguarda l'accrescimento, sia per ciò che riguarda il momento della maturazione sessuale.

Le proprietà del patrimonio ereditario si esplicano lungo la ontogenesi sotto l'influenza reciproca di fattori esterni e di meccanismi regolatori endogeni, dalla cui azione armonica deriva il fenotipo medio della specie. Anche l'esplicarsi al momento opportuno e con ritmo diverso dei meccanismi regolatori è funzione del patrimonio ereditario.

Nello studio di molti caratteri anatomici e funzionali delle femmine è apparso di particolare interesse e significato l'accrescimento del cuore e la ipoplasia relativa cardio-polmonare.

I diametri del cuore nei due sessi presentano nei nostri gruppi un incremento uniforme che continua nella età adulta: non risulta cioè un acceleramento puberale della crescita.

Mettendo a confronto l'accrescimento nei due sessi e i valori medi delle singole misure, una delle differenze che più colpisce l'attenzione riguarda la grandezza del cuore, la capacità vitale e il valore toracico

I diametri del cuore (diametro trasverso, diametro di larghezza e diametro longitudinale) lungo tutto il periodo di accrescimento da noi considerato, sono notevolmente inferiori nelle femmine, come inferiori sono nella età adulta (Viola, Benedetti, Sabena).

È da tutti ammessa e dimostrata una forte correlazione fra volume del cuore da un lato, statura, peso e valore del tronco dall'altro. Risulta che dai 12 ai 14 anni peso, statura e valore tronco sono superiori nelle femmine, nelle quali il volume del cuore è minore. Anche il peso del cuore è minore nelle femmine in ogni età della vita (Rössle).

Dato che fino a 10 anni le misure morfologiche e funzionali nei due sessi sono pressochè uguali, il mancato maggiore incremento nelle femmine per il cuore, per la capacità vitale, per il valore toracico fra i 12 e i 15 anni proporzionale al maggiore incremento del peso, della statura, del valore tronco, ha per conseguenza una relativa ipoplasia cardiaca e polmonare.

Ciò è ragione sufficiente per spiegare il minore rendimento funzionale nelle donne in cui verosimilmente fra i 12 e i 15 anni la massa muscolare è maggiore che negli uomini, ma la somma dei valori dinamometrici è minore.

Ipoplasia relativa cardiopolmonare con conseguente minor rendimento della forza muscolare, maggiore sviluppo del segmento inferiore dell'addome come condizione vantaggiosa per la funzione della riproduzione sono due caratteristiche del sesso femminile, il cui rapporto potrebbe avere anche il significato di meccanismo causale, in quanto che l'aumento dell'addome può essere considerato causa di un minore sviluppo del torace.

Se la femmina dopo i 10 anni per raggiungere rapidamente un accrescimento corporeo adeguato alla maturazione sessuale e quindi alla riproduzione, concentra, per così dire, gli impulsi della crescita sul segmento inferiore dell'addome, sì che in questo diventa eccedente con una deformazione del tipo medio in senso brachitipico, per la legge dell'antagonismo che governa l'accrescimento dei singoli segmenti del corpo (per cui un eccesso di sviluppo del tronco si accompagna a un difetto di sviluppo degli arti e un eccesso di sviluppo dell'addome si accompagna a un difetto di sviluppo del torace), si verificherà uno sviluppo del torace deficiente rispetto allo sviluppo dell'addome.

Circa la norma e la variabilità i risultati delle ricerche eseguite si possono considerare da un duplice punto di vista: pratico e dottrinale.

Nella valutazione dei sintomi di molti stati morbosi noi facciamo appello continuamente alla nozione di « norma ».

Oggi prevale nelle scienze biologiche il concetto che la norma deve intendersi in senso statistico di « valore più frequente ». Ma al disopra e al disotto della norma si dispongono numerose varianti, appartenenti a soggetti che godono buona salute, ben adattati all'ambiente in cui vivono e alle condizioni comuni di lavoro e che perciò debbono ritenersi dal punto di vista dello stato di salute e del loro rendimento funzionale come normali in senso medico.

Quindi è giocoforza ammettere l'esistenza di valori al disotto e al disopra della media compatibili con lo stato di salute, cioè con l'adattamento all'ambiente essendo conservato buon rendimento funzionale.

Dove si debba collocare, al disopra e al disotto della ordinata massima, nella curva di seriazione dei valori individuali il limite fra il normale e l'anomalia, è oggetto di disparate opinioni (Viola).

Le cause della maggiore variabilità dei caratteri anatomici e funzionali durante l'accrescimento puberale non vanno ricercate esclusivamente nella maggiore velocità di accrescimento.

È da credere che il coefficiente di variabilità sia elevato nel periodo puberale per l'eterocronismo con cui si esplicano sui vari caratteri anatomici e funzionali le influenze che intervengono a determinare l'accrescimento puberale.

La variabilità dei caratteri che è la ragione prima dello studio della costituzione individuale, è apparsa nei due sessi diversi: però in un primo tempo autorevolissimi osservatori ritennero maggiore la variabilità femminile.

Il nostro studio di tanti caratteri morfologici e funzionali nel periodo della pubertà e nei due sessi presenta numerosi dati che possono essere utilmente ricordati per risolvere questa questione.

Se si osserva nelle nostre tabelle il coefficiente di variabilità appare evidente che per la quasi totalità dei caratteri studiati la variabilità femminile è notevolmente inferiore a quella maschile. La statistica applicata allo studio della variabilità dei principali caratteri di particolare significato per la definizione della costituzione individuale, porta così un contributo decisivo e inoppugnabile alla soluzione del problema che tanto ha appassionato naturalisti e criminalisti.

La donna ha una varibilità minore dell'uomo nel campo morfologico e funzionale.

Soltanto per le misure ortodiagrafiche del cuore si è trovato nelle donne giovani una variabilità maggiore rispetto ai maschi.

Tale eccezione può essere spiegata con la considerazione da noi fatta che il cuore femminile nella pubertà e ipoplasico relativamente alla massa somatica e allo sviluppo del tronco: un cuore ipoplasico è un cuore debole, e un cuore soggetto a subire influenze modificatrici sotto forma di dilatazione di questa o quella cavità.

Mancando criteri universalmente adottati per stabilire i limiti della norma nella curva di seriazione delle varianti individuali — mancanza maggiormente sentita per l'epoca della pubertà in cui i caratteri anatomici e funzionali presentano una variabilità maggiore, cioè una dispersione più ampia nel poligono di frequenza — si è cercato nel rapporto di correlazione il criterio per stabilire il limite fra « normale » in senso medico e « patologico ».

Così per fissare la « norma » dei diametri del cuore, dopo aver constatato che la grandezza del cuore ha un alto rapporto di correlazione con la statura e sopratutto con il peso del corpo (e ciò è ben documentato dalle nostre ricerche), si sono calcolate le tabelle dei valori normali dei diametri del cuore, stabilendo una scala di variabilità normale per ogni determinato peso (Dietlen).

È ovvio che questo principio può essere applicato soltanto per stabilire la norma di quei caratteri che presentano fra di loro un alto coefficiente di correlazione, intendendosi con questa espressione un valore uguale ovvero superiore a 0,50.

Fra i numerosi coefficienti calcolati, quelli con valori alti appartengono tutti alla categoria delle correlazioni dirette, espresse da un coefficiente positivo; è ovvio però che anche gli alti coefficienti inversi, rappresentati da valori negativi, potrebbero servire per lo stesso scopo. Quando la correlazione è espressa da valori molto bassi (come ad es. quella della frequenza del polso e della pressione arteriosa) non ha applicazioni nello studio della norma.

Le correlazioni studiate negli adulti da altri Autori e confrontabili con quelle calcolate non sono numerose.

Se si mettono a confronto i dati di Rautmann, di Rainoff, di Lundborg e Linders con i coefficienti da noi calcolati si dimostra che il coefficiente di correlazione spesso diminuisce dall'inizio della pubertà alla fine, che quasi costantemente (una sola eccezione di lieve grado nella correlazione altezza e lunghezza arti inferiori) è inferiore nell'adulto rispetto alla pubertà.

Questo fatto sembra all'O. di importanza non trascurabile perchè può avere un significato importante fisiopatologico.

La constatazione di una maggiore variabilità nel periodo della pubertà di moltissimi caratteri poteva giustificare l'ipotesi che anche le correlazioni dovessero essere meno strette fra i singoli caratteri e viceversa che la minore variabilità dell'adulto dovesse essere fonte di una più salda correlazione fra i caratteri meno variabili. In realtà avviene il contrario.

V'è nella medicina moderna, da Beneke e De Giovanni a Roessle, a Viola, a Pende, il concetto che esista in natura un *optimum* di correlazione nella variabilità dei vari organi che coincide con lo stato di salute, che coincide con la norma e che l'anomalia, cioè lo scostamento da questo *optimum* di correlazione, sia fonte di morbilità.

Se nei giovani durante la pubertà si riscontra un coefficiente di correlazione molto alto fra capacità vitale da un lato; altezza, peso e perimetro toracico dall'altro e se questa correlazione negli adulti scende alla metà; e se la stessa diminuzione si verifica nel coefficiente di correlazione fra quasi tutti i caratteri a partire dai 14 ai 17 anni (ne sono stati calcolati molte decine), se d'altra parte nella pubertà si verifica la minore morbilità e la minore mortalità di tutta la vita (che è quanto dire l'*optimum* di resistenza alle cause morbose sia endogene, sia esogene), ci sembra giustificata l'ipotesi che la maggiore morbilità degli adulti possa avere la sua prima radice endogena nella relativa « scorrelazione » (*sit venia verbo*) degli adulti rispetto ai giovani puberi. I più bassi coefficienti di correlazione sono stati trovati nei vecchi.

Esempio particolare di correlazione: Tipo morfologico e rendimento funzionale respiratorio.

Fa parte dell'indirizzo metodologico della nostra Scuola la determinazione del tipo morfologico come indice sintetico rappresentativo dell'individuo.

Nei trattati di fisiologia questo indice sintetico è completamente trascurato: noi riteniamo che trascurare la valutazione del tipo morfologico nello studio delle funzioni impedisca di comprendere molti fatti. Un esempio: la capacità vitale nelle donne giovani è sempre inferiore, notevolmente inferiore a quella dei maschi.

La capacità vitale, cioè la ventilazione polmonare, è fortemente correlata con il peso, la statura e il volume del tronco.

Nelle femmine dai 12 ai 14 anni la media del peso, della statura e del volume del tronco è notevolmente superiore ai maschi, ma la capacità vitale è inferiore.

Perchè proprio in questa età viene meno la correlazione fra peso, statura, volume del tronco e capacità vitale? Lo studio completo morfologico delle femmine credo dia una spiegazione soddisfacente. Da questo studio morfologico risulta che il tronco, della donna giovane di 13 anni, paragonato con il tronco del maschio giovane coetaneo, è un tronco brachitipico, è un tronco in cui l'addome eccede sul torace, è un tronco in cui il diaframma è pianeggiante, le costole hanno direzione orizzontale, l'atteggiamento è inspiratorio e quindi la ventilazione polmonare è ridotta come nei toraci inspiratori patologici (esempio l'enfisema polmonare).

Vi sono valori fisiologici che senza una conoscenza completa di questo indice sintetico che è il tipo morfologico, non saprebbero trovare una spiegazione adeguata e ben s'inquadrano invece nel quadro anatomo-funzionale dei tipi morfologici.

Applicazione delle tabelle al giudizio del grado di sviluppo. I dati raccolti hanno lo scopo di servire di base a un criterio razionale di giudizio del grado di sviluppo di ogni individuo durante il periodo dell'accrescimento corporeo dagli 11 ai 17 anni.

Il giudizio del grado di sviluppo individuale durante l'accrescimento si può fare con due criteri: 1) col riferimento dei valori individuali delle singole misure alla media cioè col calcolo dello scostamento; 2) col calcolo di indici sintetici di cui moltissimi sono stati proposti. Nel metodo della

nostra Scuola illustrato dal prof. Viola si ha nelle tabelle dei parametri lo strumento per l'applicazione alla valutazione individuale di entrambi i criteri: quello dello scostamento delle singole misure dalla media e quello degli indici sintetici.

Il giudizio del grado di sviluppo nell'età da noi studiata non può considerarsi come valutazione completa della costituzione individuale. Durante l'accrescimento corporeo da 11 a 17 anni la valutazione del grado di sviluppo non deve identificarsi con la valutazione della costituzione individuale, la quale comprende, sì, il giudizio del grado di sviluppo, ma deve andare oltre, aggiungendo il giudizio prognostico della costituzione individuale.

Vi sono soggetti che a 11-12 anni possono presentare un grado di sviluppo arretrato rispetto alla media (statura bassa, peso basso, mancato sviluppo sessuale, ecc.). Potrebbe condurre a gravi errori di valutazione considerare senz'altro il grado di sviluppo arretrato a 11 anni come segno di una costituzione individuale deficiente: gli stessi individui, arretrati a 11-12 anni, nel periodo dai 13 ai 17, possono raggiungere i valori medi della loro età, diventando così di costituzione media. La costituzione individuale nel periodo dell'accrescimento bisogna valutarla adunque anche dal punto di vista prognostico perchè ciò ha un grande interesse pratico.

Ciò si potrà fare sol quando si sarà in possesso di un numero considerevole di schede auxologiche: la prognosi della costituzione dei giovani rappresenta il campo principale di applicazione del metodo auxologico che finora, per le grandi difficoltà pratiche che incontra, è stato scarsamente usato.

Oggi noi abbiamo compiuto una tappa che ci consente la valutazione del grado di sviluppo individuale mediante il riferimento alla media e mediante gli indici sintetici. Per compiere la seconda tappa, la più importante per la medicina, cioè quella che ci conduce alla conoscenza della vera anatomia e fisiologia individuale durante l'accrescimento corporeo puberale, si dovrà da prima procedere al riconoscimento nelle schede auxologiche di forme tipiche di crescita (come ha fatto recentemente Davemport per alcune misure): queste forme tipiche saranno il paradigma per le applicazioni pratiche, cioè per la prognosi della costituzione individuale applicata ai giovani nei vari campi della attività umana.

È ovvio che questi principî per uno studio completo della individualità del biotipo trovano applicazioni anche nel campo dei fenomeni psichici.

PARTE IV.

La valutazione psicologica della costituzione individuale.

G. CAPONE. — La valutazione etiologica dell'individuo per lo studio compiuto della costituzione fu proposta dal Viola fin dal 1903.

Oggi molti sono i metodi in uso per questa valutazione. In Italia ricorderemo quello del Pende, che nel suo Istituto biotipologico ha saputo realizzare quanto di più moderno esiste per la valutazione completa psicofisica dell'individuo, ed, all'estero, i metodi del Kretschmer, dello Spranger e dell'Ewald.

Il R. ha inteso di sviluppare in forma quantitativa i fattori psichici elementari colti dall'intuizione con tecnica psico-analitica e valutati a mezzo di uno psicogramma fondato sulla scala pentenaria del Viola.

Per la valutazione dei settori della personalità umana, nel senso del Viola, si è seguito il Kraus e si è distinta una *personalità corticale* o *superiore* ed *una personalità istintiva* o *fondamentale.*

Difficile, naturalmente, è mantenere separati i due campi psichici anzidetti poichè intimi sono i rapporti di reciproca interferenza. Ogni corrente psichica ha, infatti, nello stesso tempo, una carica affettiva, intellettiva e motrice (Bleuler-Jung) ed ogni corrente psichica ben valutata ci può offrire un indice di ciascuna delle menzionate attività psichiche.

Della personalità superiore il R. ha fissato le facoltà fondamentali nella *critica*, nell'*autodominio*, nella *memoria* e nell'*attenzione;* mentre della personalità affettiva il R. ha tenuto conto delle *tendenze alla dominazione*, delle *tendenze erotiche, mistiche, egocentriche, artistiche, pratiche, della tendenza alla subordinazione, all'opposizione, all alcool ed ai sedativi.*

Ha poi valutato l'*umore*, il *contegno* e la *celerità psichica* e, seguendo il concetto di Jung, ha distinto gli individui in *introvertiti* ed *estrovertiti.*

La valutazione del *sentimento* è stata fatta sulla base degli affetti in quanto gli affetti, nel senso lato, sono processi del sentimento (Binswanger). La somma dei sentimenti attivi in un determinato momento è l'umore (Bumke).

Per la determinazione dello psichismo individuale, dopo di avere esplorato, con discorsi adatti al grado di coltura dei soggetti esaminati, il campo della personalità superiore ed averne fissati i punti cardinali, il R. ha proceduto con metodo psico-analitico valutando i piccoli atti della vita comune, i lapsus, le sviste, le dimenticanze, i sogni e, sopratutto, le associazioni libere delle idee in rapporto agli affetti che le determinano e le avvivano.

Il R. ha così segnato sullo psicogramma, in modo quantitativo, le impressioni che ha tratto dallo studio e dall'esplorazione di ciascuna personalità esaminata.

Lo psicogramma che il R. ha in uso è diviso in due campi, uno superiore ed uno inferiore, da una linea 0 che segna quella che comunemente si giudica media normale: la linea + 1 del campo superiore indica il grado superiore alla media normale, il + 2 il grado d'eccezione della qualità studiata; altre due linee tratteggiate definiscono i valori decisamente anormali. La linea — 1 del campo inferiore segna il grado inferiore alla media normale, il — 2 l'insufficienza vera, le altre due linee tratteggiate stanno a comprendere, come nel campo superiore, i valori anormali.

Stabilita la media aritmetica delle facoltà spettanti al campo della personalità superiore o corticale e quella delle tendenze affettive e dell'umore, il rapporto per sottrazione o scostamento, della media affettiva dalla media corticale offre un *indice* che il R. ha detto *di personalità.*

La personalità umana è da ritenersi come la somma delle tendenze individuali dell'*io* primordiale contenute ed elaborate dalla somma delle facoltà superiori affinate dall'educazione con le regole imposte dal vivere sociale.

Si tratta di una valutazione schematica, è vero, ma, d'altro canto questo indice, che si innalza nei soggetti maggiormente evoluti, ci segna un importante carattere dell'individualità psichica.

La media aritmetica delle facoltà di critica e di

autodominio e delle tendenze alla dominazione, egocentriche, pratiche, all'opposizione, delle tendenze all'alcool ed ai sedativi, valutate in senso negativo, insieme con la media del contegno individuale dà quello che il R. ha denominato *indice speciale di volitività*.

Ha chiamato *indice speciale di socievolezza* la media aritmetica dei valori della critica e dell'autodominio, delle tendenze erotiche ed alla subordinazione ed, infine, della capacità individuale all'estroversione affettiva.

Con questo metodo il R. ha studiato due gruppi di individui ben differenziati psichicamente per sesso e per grado di coltura: uno di 91 studenti universitari appartenenti a regioni diverse d'Italia, e l'altro di 142 operaie dai 18 ai 25 anni, emiliane e per lo più sarte.

Tanto per il gruppo delle donne quanto per quello degli uomini le medie dei valori tratti dalla valutazione delle facoltà della personalità superiore (*indice medio della personalità superiore*), quelle dei valori delle tendenze e dell'umore (*indice medio della personalità affettiva*), l'*indice della personalità*, gli *indici speciali della volitività e della socievolezza*, nella seriazione statistica, hanno offerto curve seriali degne di nota. E da queste ricerche il R. ha potuto ricavare il dato assai interessante che, tanto per il gruppo delle donne quanto per quello degli uomini la media aritmetica (Ma) corrisponde, sia pure con lievissime differenze, alla media seriale (Md), costantemente, così per le medie dei valori tratti dalle facoltà della personalità superiore come per le medie dei valori tratti dalle tendenze della personalità affettiva, così per gli indici della personalità come per gli indici speciali di volitività e di socievolezza.

I due gruppi si differenziano soltanto per i valori alquanto più elevati che offre il gruppo degli uomini.

Finalmente, disponendo sulle curve seriali dei valori psichici i valori corrispondenti al soggetto del tipo costituzionale, i valori funzionali del sistema neuro-vegetativo, i valori del metabolismo basale, determinati dal Maestro, e disponendo i valori corrispondenti all'intro- ed all'estroversione ed alla celerità psichica dei soggetti in esame, il R. ha ottenuto risultati dei quali alcuni, corrispondendo nei due gruppi, menziona:

1) man mano che si elevano i valori della personalità superiore e della personalità affettiva aumenta il numero percentuale dei longitipi e cioè, aumentano gli individui maggiormente evoluti nel tipo somatico (Viola);

2) man mano che si elevano i valori della personalità affettiva aumenta il numero percentuale dei soggetti tachipsichici; aumentano i tachipsichici anche con l'elevarsi dei valori della personalità superiore, nel gruppo delle donne; scemano lievemente, con l'elevarsi dei valori della personalità superiore nel gruppo degli uomini. Ma, per affermare questo dato, che potrebbe esser messo in relazione con i valori assoluti più alti della personalità superiore nel gruppo degli uomini, e quindi con la forza maggiore delle facoltà del pensiero propriamente detto che induce alla riflessione prima che all'espressione, il R. si riserva di controllare il fatto nel proseguimento di queste ricerche;

3) man mano che si elevano i valori della personalità superiore ed i valori della personalità affettiva, in entrambi i gruppi, ma con maggiore evidenza, nel gruppo delle donne, aumenta il numero degli estrovertiti e diminuisce il numero degli introvertiti nel senso di Jung.

Discussione della relazione e comunicazioni.

N. PENDE (Genova). — L'O. illustra lo studio integrale, unitario, morfologico-funzionale-fisiologico dell'individuo nelle sue molteplici varianti; biotipologia che, come il sen Viola, ha ricordato, si è rapidamente divulgata nel mondo costituendo la premessa indispensabile per tutte le applicazioni di medicina preventiva, di educazione fisica, di medicina clinica.

Successivamente l'O. enuncia una nuova legge della vita umana, potuta constatare in 30 anni di esperienza clinica e che egli definisce « legge della oscillazione vitale limite ». Secondo questa, quando una funzione vitale come la funzione nutritiva generale espressa dal peso corporeo e dal metabolismo basale, come la funzione respiratoria ed il grado di ossigenazione dei tessuti, come la funzione circolatoria, la quantità dello zucchero e del calcio del sangue, ecc., quando queste funzioni che possono oscillare da un massimo ad un minimo superano il doppio o scendono al disotto della metà di quella che è la media normale dell'individuo, l'individuo stesso è in pericolo di vita.

KOHLER (Ginevra). — L'O. si dice lieto di porgere al Congresso di maestri della medicina il saluto cordiale dei sanitari e della parte più intellettuale di Ginevra.

L'O. svolge quindi un interessante comunicazione sull'influenza di alcune sostanze chimiche nella costituzione individuale del axolatel, salamandra messicana, da considerarsi come un animale che presenta il tipo medio di Viola. L'O. fa vedere infatti alcuni esemplari viventi, di axolatel, che in seguito a qualche millesimo di grammo di una sostanza catalizzatrice (thiroxina) sono suscettibili di cambiare in 16 giorni completamente tutta la loro costituzione originaria acquatica. La coda natatoria sparisce, le branche diventano sempre più piccole, le membrane intrapalmari si risolvono ed alla fine l'animale esce dall'acqua per vivere in terra respirando con i polmoni.

GUALCO e BERETTA (Genova). — Gli OO. riferiscono alcune osservazioni riguardanti l'evoluzione morfologica e funzionale dei vari organi ed apparati durante l'età della crescenza scolastica. Per tutti i valori esaminati gli OO. hanno calcolato la media aritmetica, la media seriale e la variabilità rappresentata dal sigma o spostamento quadratico medio per la creazione delle rispettive tavole sigmatiche. In ogni soggetto le indagini più importanti sono state svolte sullo sviluppo dell'apparato scheletrico, muscolare, respiratorio, circolatorio ed endocrino, sullo sviluppo emopoietico, sessuale e psichico e su alcuni caratteri dell'urina. Gli OO. in tal modo hanno potuto formare delle tavole biologiche della crescenza ligure, riportando appunto i valori medi normali per ogni età e per ogni sesso, sia antropometrici che muscolari, respiratori, cardiaci, ecc.

A. LUZZATTO (Genova). — Rileva le opportunità di corredare i dati morfologici con dati funzionali nella valutazione della costituzione individuale, l'O. ricorda il suo metodo di saggio funzionale della capacità dell'apparato reticolo istiocitario nel singolo individuo alla formazione di anticorpi di terzo ordine (per mezzo della vaccinazione con globuli rossi eterogenei).

Indagine questa della quale appare evidente la

importanza, se si considerano gli stretti rapporti tra questa capacità e la resistenza del singolo soggetto a stimoli di natura infettiva.

Dai risultati raggiunti appare giustificata l'affermazione che la ricerca praticata con questo metodo — non maggiormente indaginoso che qualunque prova del genere p. es. della curva glicemica — possa indicare obbiettivamente un lato della robustezza vegetativa individuale.

F. Frassetto (Bologna). — *Metodo per la sintesi negli studi sulle costituzioni.* — L'O. ritiene che il miglior metodo per facilitare la comparazione dei caratteri individuali o razziali, che pur debbono essere considerati nello studio delle costituzioni, è il metodo delle *combinazioni trinarie* che consiste: 1) nel classificare in 3 categorie i caratteri qualitativi e quantitativi ed esprimerli sinteticamente per mezzo di simboli alfabetici e numerici; 2) nel ricercare in quale modo si combinano fra loro tali simboli, cioè le categorie dei detti caratteri per costituire i vari tipi costituzionali; 3) nello stabilire per ciascuna razza il numero e la qualità delle combinazioni buone ed ottime ed il numero e la qualità delle combinazioni cattive o insufficienti e come tali destinate a scomparire.

F. Frassetto (Bologna). — *Classificazioni minimali e massimali dei caratteri antropometrici.* — Tali classificazioni proposte dall'O. sono basate sulla ripartizione areale delle curve di distribuzione dei caratteri, previamente standardizzate in modo da soddisfare alle esigenze antropologiche e cliniche e preparare il materiale per la sintesi.

E. Graffi Benassi (Bologna). — *Sulle relazioni fra costituzione e diametri biacromiale e bitrocanterici.* — Attraverso elaborazione statistica dei dati di precedenti lavori e per ricerche ora eseguite nelle donne, l'O. può giungere alla conclusione che la precocità della prima mestruazione, la notevole durata del periodo riproduttivo, la grande fecondità, caratteri legati alla funzionalità ovarica, sono correlati con la larghezza delle anche, la quale a sua volta è in relazione con la brachitipia.

(*Continua*). A. Pozzi.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 13 giugno 1935.

Presidente: Sen. Prof. N. Pende.

Controlli operatori ed anatomo-patologici di alcune discinesie della cistifellea.

L. Durante. — L'O. dalla revisione di una vasta casistica personale di colecistectomie per sindromi intermittenti dolorose senza base litisiaca od infiammatoria stacca un gruppo (6 casi) di casi di storia clinica recente, caratterizzati da una cistifellea ipertonica, ipercinetica, ischemica, ipertrofica nella parete muscolare, spastica nella rete vasale, ricca di muco, scarsa di bile, senza fatti degenerativi. Questi dati fanno ritenere che questa forma sia l'inizio di una turba che si esplica sulle vie biliari extraepatiche, attraverso la innervazione con effetti di ipercinesi, di spasmo vasale, e che con tutta presunzione essa evolva secondariamente verso forme della stasi ipertonica prima, e atonica dopo, coi classici fatti degenerativi conseguenti e con le alterazioni del ricambio dei lipoidi.

Il nistagmo ottico cinetico nelle lesioni mesencefaliche

O. Balduzzi — L'O., esaminato il meccanismo di produzione del nistagmo ottico, mostra come nelle lesioni mesencefaliche possa utilizzarsi come segno precoce della alterazione della motilità coniugata la scomparsa appunto del nistagmo ottico. A dimostrazione di ciò illustra tre casi anatomoclinici: uno di glioblastoma fronto-peduncolare, uno di meningioma del ponte, uno di glioma cistico temporo-mesencefalico, nei quali il nistagmo ottico era scomparso quando ancora non erano dimostrabili chiari segni di alterazione della funzione oculogira. L'O. ritiene pertanto che l'assenza del nistagmo ottico sia un sintoma che deve essere aggiunto e ricercato accanto agli altri sintomi costituenti la sindrome mesencefalica.

Sulla cura delle stenosi laringo-tracheali croniche con il metodo delle resezioni parziali cartilaginee.

F. Pallestrini. — L'O. riporta i risultati ottenuti in cinque casi clinici di stenosi laringo-tracheali croniche post-difteriche, in bambini ed adolescenti, trattati con laringo-tracheo-stomia e resezione sottomucosa parziale delle cartilagini interessate nel tessuto fibro-cicatriziale stenosante. Conclude che la canalizzazione ottenuta è ben sufficiente quando non sia troppo estesa l'asportazione di cartilagine cricoidea, ed ancor meglio tollerata ai fini di una buona guarigione funzionale è l'asportazione di un più esteso frammento di tiroide (fino alla metà di una ala tiroidea) e di un frammento pari ad un terzo di anello tracheale.

Le crisi di crescenza nel periodo tra i 7 e i 17 anni

F. Berretta e S. Gualco. — Gli OO. hanno eseguito una completa ed accurata indagine dinamometrica su soggetti maschi e femmine dell'età dai 7 ai 17 anni assolutamente sani e normali. L'esame dei risultati ha permesso loro di rilevare che esistono due crisi evidenti di crescenza muscolare: una agli 11 anni e l'altra spiccatissima in corrispondenza della pubertà (dalla fine del 14° a tutto il 17° anno nel maschio e dal 12° a tutto il 14° nella femmina). Queste *poussées* evolutive funzionali muscolari riguardano sopratutto la forza muscolare del collo, del calcio e della spinta degli arti inferiori, e perciò si verificano a carico dei muscoli della radice dell'arto inferiore (calcio). Queste crisi di crescenza muscolare funzionale si verificano anche per la femmina, ma sono molto meno intense ed i valori dinamometrici raggiunti sono notevolmente più bassi che nei maschi.

L'attività della sezione ortofonica dell'Istituto Biofipologico Ortogenetico.

A. Jellinek. — I logopatici, trattati nell'ambulatorio, sono balbuzienti, blesi con difetti dell'articolazione, audimuti (bambini muti con l'udito normale), afasici (disturbi della parola dopo lesione cerebrale) disartrici e sordastri; poi vengono pure trattati disturbi vocali (raucedine, afonia ecc.). I metodi usati vengono esposti e dimostrati con parecchi pazienti.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'impetigine contagiosa.

E' causata dall'invasione superficiale della pelle da parte dello *Streptococcus pyogenes longus;* l'infezione si localizza proprio sotto lo strato corneo. Nella maggior parte dei casi, la malattia decorre acutamente e si esaurisce spontaneamente in 3-6 settimane, in quanto che la guarigione si ha con il graduale sviluppo dell'immunità allo streptococco. H. W. Barber (*Lancet*, 6 luglio 1935) osserva che tale modo di vedere incontrerà l'opposizione di alcuni che sostengono l'uno o l'altro modo di trattamento; ma l'A. afferma che non vi sono applicazioni topiche, le quali possano del tutto impedire la comparsa di nuove lesioni. D'altra parte, è possibile fare abortire un attacco mediante poche iniezioni di vaccini misti, strepto-stafilococcici.

E' importante ricordare che l'impetigine contagiosa della regione della barba o dei baffi può finire in una sicosi, quando si complica con un'invasione secondaria di stafilococco.

In alcuni casi, la guarigione è completa e rimangono delle lesioni persistenti ed indolore, spesso associate con ragadi streptococciche croniche delle pieghe naturali (spazi retroauricolari, connessioni mucoso-cutanee agli angoli delle narici od alle commessure labiali). Una buona vacanza all'aria aperta in un clima eccitante ed una dieta ricca in vitamine sortiranno buoni effetti. *fil.*

La predisposizione all'eresipela facciale.

D. Filipo (*Valsalva*, giugno 1935) osserva che, mentre vi sono individui che al minimo contatto con eresipelatosi contraggono subito l'infezione, ve ne sono altri che sembrano ad essa refrattari. È quindi da ammettersi una predisposizione individuale, che potrebbe essere ricercata in condizioni morbose di organi limitrofi. Di fatto, su 100 eresipelatosi, l'A. ha riscontrato nel 90 % un'affezione che giustificava la porta d'ingresso dello streptococco; in massima parte, si trattava di lesioni a carico del naso (riniti, deviazioni del setto, stenosi, ecc.); in minore proporzione dell'orecchio (ulcerazioni dei padiglioni, eczema del condotto, otiti, ecc.) e meno ancora della bocca e del faringe.

Nel 10 %, mancava qualsiasi alterazione apprezzabile, per cui lo sviluppo dell'eresipela facciale va attribuito a cause indeterminate.

L'eresipela è malattia che non lascia immunità, anzi tende a recidivare, spesso allo stesso punto ed a scadenza breve e quasi fissa (ricorrenze mestruali).

Le stagioni in cui si osserva più facilmente l'eresipela sono l'autunno e l'inverno; le condizioni meteorologiche ne agevolano l'insorgenza. Per quanto riguarda l'età, la proporzione massima (nei casi dell'A.) si ha dai 20 anni in poi (90 %). Soltanto nel 3 % dei casi, l'eresipela ha assunto carattere migratorio. Scarsa la mortalità (2 %).

Tenuto conto delle cause che possono predisporre allo sviluppo della eresipela facciale, se ne deducono delle regole per evitarlo. *fil.*

I preparati di pepsina negli stati seborroici.

M. A. Schoch (*Schweiz. med. Wochens.*, 20 luglio 1935) ha osservato che in quasi i 3/4 dei pazienti con seborrea od acne, esistono disturbi di secrezione dello stomaco. Si tratta, per lo più, di ipo od anacidità, raramente di iperacidità. Correggendo tali deviazioni dalla norma, si ottengono spesso dei risultati sorprendenti.

Nella deficienza di acidità, si consiglia pertanto l'uso di pepsina e di acido cloridrico diluito. In tal modo, ne viene anche diminuito il lavoro dell'intestino, regolarizzandosi la scissione dell'albumina, che ha tanta importanza nell'eziologia della seborrea. *fil.*

Il trattamento dell'alopecia.

H. A. Maniar (*Medical Digest*, luglio 1935) consiglia quanto segue:

1) *A. seborroica.* — È la forma più frequente di alopecia diffusa ed è la sequela comune della forfora, e seborrea secca.

La calvizie prematura di questo tipo incomincia al vertice ed alle tempie, diffondendosi gradatamente o rapidamente fino a che le aree denudate s'incontrano. Sul principio, i capelli caduti sono sostituiti da altri sempre più fini e finalmente si ha poi la caduta permanente. Nell'alopecia senile non si ha formazione di squame. Nelle donne, l'affezione è meno grave.

La prognosi dipende dal trattamento precoce; nei casi avanzati, non vi è nulla da fare. Importante è correggere la condizione di seborrea, con antisettici in forma di lozioni od unguenti, come:

Timolo	g.	1,80
Alcool rettificato . . .	g.	120
Glicerina	g.	30
Acqua q. b. per . . .	g.	180

2) *A. areata.* — Somministrazione per uso interno di arsenico o di estratti tiroidei. Il trattamento locale è utile e deve consistere in stimolanti di varia natura (chimici, applicazioni di alta frequenza, luce, ecc.). Fra gli stimolanti chimici, sono da menzionarsi le

cantaridi, l'acido lattico, acetico, il lisol, la trementina, l'ammoniaca.

Utile è questa lozione stimolante:

Tint. di cantaride	g.	12
Ammoniaca	g.	12
Glicerina	g.	30
Acqua q. b. per	g.	180

fil.

Nell'ipertricosi femminile.

Sabouraud (*Le Formulaire*, aprile 1935) consiglia:

Acetato di tallio	cg.	30-60
Ossido di zinco	g.	2
Vaselina	g.	30

Applicare ogni sera questa pomata sulle regioni molto pelose, in quantità come 2-3 chicchi di frumento e fare massaggio con le dita. Dopo 18 mesi, si ottiene la riduzione del pelo per la metà di grandezza e grossezza. Si possono ottenere anche effetti maggiori.

Prescritto in questo modo, l'acetato di tallio sembra inoffensivo. *fil.*

Nelle ustioni.

Acido tannico	g.	10
Bicloruro di mercurio	cg.	10
Acqua distillata q. b. per g. 1000.		

S. per impacchi.

TOSSICOLOGIA.

Avvelenamento da plasmochina.

W. K. Blackie (*South African Med. Journ.*, 9 marzo 1935) riferisce il caso di un individuo che aveva preso nelle 48 ore precedenti g. 1,2 di atebrina e 6 cg. di plasmochina. Si manifestò intensa cianosi, febbre a 39°; la morte avvenne mezz'ora dopo l'ingresso all'ospedale.

All'autopsia: intensissima cianosi delle dita, orecchie, labbra e palato; tinta gialla di tutto il resto della pelle. Reni intensamente congesti, con segni istologici di nefrite emorragica. Nella vescica, un po' di orina sanguinolenta, in cui l'esame spettroscopico dimostrò la presenza di metaemoglobina; albuminuria notevole.

Gli antecedenti malarici erano molto discutibili (due accessi di febbre con varî giorni di intervallo). Durante il primo, l'infermo aveva preso dell'atebrina, senza notare nulla di anormale; fu durante il secondo che venne consigliata la plasmochina, a cui l'A. attribuisce l'intossicazione per idiosincrasia. *fil.*

Intossicazione cronica da boldina.

F. Mainzer (*Schweiz. med. Wochens.*, 13 luglio 1935) riporta l'osservazione di due coniugi che in seguito a ingestione continuata a lungo di Boldina Houdé (per 5 mesi, 8 pillole al giorno) allo scopo di tonificare il fegato, presentarono disturbi varî caratterizzati essenzialmente da cambiamento di carattere, con stato di depressione psichica, ansie e timori, allucinazioni colorate ed uditive, ed afasia motrice parziale: difficoltà di parlare per non poter trovare le parole o soltanto dopo molti tentativi.

Tutti i fenomeni scomparvero dopo la sospensione della boldina per alcuni giorni. *fil.*

Intossicazioni da "meta".

A. Vischer (*Schweiz. med. Wochens.*, 31 ag. 1935) riferisce su 7 casi di intossicazione da meta, tutti tentati suicidi; 6 erano donne.

I primi fenomeni consistono in vomito, malessere, sonnolenza, aumento dei riflessi, rigidità muscolare: in 3 casi si avevano i fenomeni di Cvostek e di Trousseau.

In seguito, dominano la scena la profonda incoscienza e le convulsioni epilettiche. La rigidità del primo periodo diventa una rigidità tonica di tutto il corpo o di alcuni gruppi muscolari (opistotono, trisma) che poi è seguita da contrazioni cloniche. Coesistono forte cianosi e sospensione, od irregolarità della respirazione.

In alcuni casi, il paziente si rimette abbastanza presto; si ha spesso compartecipazione renale (albuminuria, cilindruria); mancano segni di insufficienza epatica. Leucocitosi e spostamento a sinistra del quadro bianco. Diminuzione del fosforo sanguigno.

Come *terapia*, lavatura dello stomaco con acqua alcalina; somministrazione di acque purgative e di carbone animale. Infusioni endovenose con fosfato bisodico (2 %) e glucosio (5 %). Diuretici, cardiotonici. Accurata assistenza del paziente, poichè spesso si ha emissione involontaria di feci e di urine.

L'avvelenamento è favorito dall'ingestione di acidi, che portano in soluzione la metaldeide (polimero dell'acetaldeide), di cui è costituito il meta. *fil.*

DIETETICA.

Recenti progressi nella dietetica.

Due aspetti principali della dietetica meritano particolare attenzione: l'uso della dieta per il trattamento di malattie già sviluppate e l'uso della dieta per promuovere un buono sviluppo fisico e diminuire la predisposizione alle malattie.

Le malattie da carenza alimentare talvolta possono essere trattate con risultati più soddisfacenti per mezzo di dosi massive degli elementi deficienti, piuttosto che con alimenti naturali contenenti detti elementi, come nota S. G. Cowell (*Practitioner*, ottobre 1935). Malattie da carenza si possono avere, oltre che

per deficienza di un dato fattore alimentare, anche per ostacolo al suo assorbimento o al suo metabolismo normale. Anche l'anemia perniciosa può essere considerata come esempio di malattia da carenza secondaria.

È difficile definire con esattezza i requisiti di una dieta capace di mantenere quello stato di buona nutrizione che favorisce uno sviluppo fisico regolare ed aumenta la resistenza dei tessuti alle malattie. Probabilmente il suggerimento più pratico che si possa dare allo stato attuale delle nostre conoscenze è quello di includere regolarmente nella dieta quantità generose dei cosiddetti alimenti protettivi, vegetali e frutti freschi e latticini, lasciando il resto al gusto individuale.

I bambini, specialmente durante i primi anni, e le donne durante la gravidanza hanno bisogno di quantità maggiori di alimenti protettivi: particolarmente facile è la deficienza, nella dieta di queste categorie di individui, di calcio, di ferro, di jodio e di alcune vitamine. La deficienza di calcio, specie se associata a deficienza di vitamina D, nella donna gravida conduce all'osteomalacia, se più lieve può essere causa di carie dentaria e di crampi muscolari dolorosi e forse di alcune tossiemie della gravidanza.

Il mezzo più semplice per assicurare un adeguato apporto di jodio, che rappresenta il cardine della prevenzione del gozzo, è quello di includere nella dieta durante la gravidanza una o due volte alla settimana del pesce di mare. Quanto alle anemie dell'infanzia e della gravidanza, di origine alimentare spesso, il migliore trattamento di esse è rappresentato dalla somministrazione di ferro medicinale.

M. NUNBERG.

MEDICINA SCIENTIFICA

La patogenesi della febbre tifoide.

V. de Lavergne e P. Kissel (*Paris médical*, 1 giugno 1935) così espongono le attuali concezioni patogenetiche della febbre tifoide.

In una prima fase, corrispondente all'incubazione, i bacilli tifici ingeriti passano dall'intestino, di cui la mucosa è ancora indifferente alla loro presenza, nel sistema linfatico mesenterico, che essi infettano progressivamente. Durante tale periodo iniziale ed ancora silenzioso, i gangli si ipertrofizzano.

In una seconda fase, la linfa sempre più ricca in bacilli li riversa — sempre in maggior numero — nel sangue, donde la setticemia, che ha un'importanza essenziale.

Si è però tuttora incerti sulla genesi delle lesioni delle placche di Peyer, con i loro caratteri speciali e la loro comparsa tardiva. Secondo gli AA., tali caratteri possono spiegarsi come la conseguenza ultima di una lenta colonizzazione microbica. La formazione di ulcerazioni costituirebbe un fenomeno di superinfezione dovuto, da una parte, allo stato di allergia creato dalla progressiva infezione mesenterica nel periodo d'incubazione e, d'altra parte, all'insemenzamento dell'intestino da parte della bile.

Altri autori ritengono invece che manchi lo stato d'allergia (negatività dell'intradermoreazione) e che le lesioni delle placche del Peyer siano dovute all'endotossina tifica.

fil.

VARIA

Osservazioni sul viaggio in Europa di C. W. Mayo.

C. W. Mayo (*Proceedings of Staff. Meetings of The Mayo-Clinic*, 7 luglio 1935), ha voluto riferire ai colleghi della Clinica le sue osservazioni dopo un viaggio in Europa e precisamente in Italia, Ungheria, Austria, Germania e Inghilterra.

La prima cosa che lo colpì in Ungheria fu l'enorme sviluppo dell'assicurazione sulla salute e il fatto che molti medici sono occupati in società di assicurazione a stipendi irrisori e medici anche valenti che trascorrono ore e ore nell'espletamento di pratiche burocratiche che finiscono coll'impedire loro ogni miglioramento scientifico o professionale. Però nonostante questo il Mayo ha veduto anche studiosi che, anche con scarsissimi mezzi, lavorano seriamente e proficuamente; così a Budapest egli cita il caso di Bluce, che ha potuto produrre nei maiali una vera anemia perniciosa due anni dopo la gastrectomia totale.

Per quanto riguarda i rapporti culturali dell'America coll'Europa, il Mayo ha trovato che 200 studenti nord americani erano in Italia, 20 in Ungheria, 120 a Vienna, e 18 a Monaco di Baviera (egli non sa dire cifre precise per quanto riguarda le altre università della Germania).

Il Mayo ricorda ai colleghi i nomi dei chirurghi più rinomati dei vari paesi (degli Italiani cita Alessandri e Bastianelli). In particolar modo parla di Sir Harold Gillies, inglese, del quale ricorda l'operazione plastica per la cura delle gambe linfedematose (in sostituzione del metodo ormai antiquato di Kondoleon); di Miles e Abel e di quanto essi fanno nella chirurgia del colon.

Ricorda anche gli interventi di Grey Turner pel carcinoma del retto, la classificazione dei tumori del colon fatta dal Hukes e la valutazione dell'energia cardiaca fatta dal Miles.

Egli termina la relazione dicendo che si rimane impressionati di vedere come diversamente i chirurghi affrontano le varie difficoltà e come, in ultima analisi, i risultati sono ugualmente soddisfacenti. Per quel che ha potuto imparare durante il suo viaggio, augura a tutti i colleghi di poterlo compiere essi pure.

R. LUSENA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I medici per il prodotto nazionale.

L'on. Morelli, Segretario Nazionale del Sindacato Medici, ha lanciato un vibrante appello perchè sia svolta la più fervida campagna affinchè gl'italiani non usino che medicamenti nazionali, apparecchi sanitari nazionali e non consumino che alimenti nazionali.

All'appello hanno prontamente risposto, dichiarando di aver già iniziato una vivace azione per la difesa del prodotto italiano, la Federazione delle Casse Mutue di Malattia dell'Industria, il Sindacato Nazionale dei Farmacisti, il Sindacato Nazionale dei Chimici, il Sindacato Nazionale dei Veterinari, la Federazione delle Casse Mutue Malattia per i lavoratori dell'agricoltura, la Cassa Nazionale Malattia per gli addetti al commercio, la Federazione Nazionale della Mutualità Volontaria, l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, l'Ufficio di Igiene e Sanità del Governatorato di Roma e la Clinica Medica della Università di Roma.

I farmacisti per il prodotto nazionale.

In armonia con i provvedimenti presi dal Governo, il Sindacato Nazionale dei Farmacisti ha rivolto ai farmacisti italiani un appello, il quale segue quello rivolto dal Sindacato Nazionale dei Medici, ai medici italiani, affinchè, ove sia possibile, nelle ordinazioni questi prescrivano sempre il prodotto italiano, e quando ciò presenti inconvenienti, ricorrano senz'altro alla ricettazione.

In sostegno di tale appello il Segretario dei Farmacisti ha invitato tutti gli iscritti ad una propaganda precisa, sistematica, costante. I farmacisti debbono, qualora venga prescritto un prodotto estero, e se professionalmente e coscienziosamente, lo reputino sostituibile con un prodotto italiano, consigliare l'acquirente ad accettare questo, accordandosi ben inteso con il medico che lo ha prescritto.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

MANTOVA. *Ospedale Civile.* — Scad. 20 novembre. Concorso a 6 posti di Medico Assistente. Stip. lire 5500. Indennità temporanea di caroviveri. Compartecipazione. Età massima anni 30 s. e. l. Tassa L. 50. Ulteriori informazioni dalla Segreteria.

NAPOLI. *Amministrazione Ospedali Riuniti.* — Concorso per titoli ed esami al posto di Direttore Chirurgo Urologo del Reparto di Urologia e dell'ambulatorio per malattie urinarie dell'Ospedale degli Incurabili. Domande in carta bollata e documenti devono essere presentati entro il 10 dicembre p. v.

NARDÒ (*Lecce*). *Ospedale Civile Sambiasi.* — Concorso, per titoli, al posto di Primario Chirurgo. La scadenza è prorogata fino al 10 dicembre 1935. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Nardò.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In seguito alle dimissioni del prof. F. Livini, è nominato nuovo rettore della R. Università di Milano il prof. Alberto Pepere, fino ad oggi preside della Facoltà di medicina e titolare di anatomia patologica. Il prof. Livini, titolare di anatomia descrittiva, teneva la carica dal 1931.

Il prof. Giovanni Perez, titolare di patologia chirurgica, è nominato preside della Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Roma, in sostituzione del prof. Aristide Busi, titolare di radiologia medica.

Oltre ai trasferimenti di professori universitari di cui abbiamo già dato notizia, il Ministro dell'Educazione Nazionale ha disposto i seguenti:

prof. Carlo Gamna, di clinica medica a Siena, alla patologia medica di Torino;

prof. Luigi Condorelli, di patologia medica, da Cagliari a Bari;

prof. Gennaro Di Macco, di patologia generale, da Catania a Torino;

prof. Arturo Donaggio, di psichiatria, da Modena a Bologna;

prof. Galeno Ceccarelli di patologia chirurgica a Bari, alla clinica chirurgica di Perugia;

prof. Gino Baggio, di clinica chirurgica, da Cagliari a Pisa;

prof. Alfredo Chistoni, di farmacologia, da Parma a Bologna.

In esito a concorsi per cattedre universitarie, sono state proposte al Ministro dell'E. N. le seguenti terne:

Patologia chirurgica nella R. Università di Torino: Luigi Stropeni, Achille Dogliotti, Giovanni Castiglioni;

Patologia medica nella R. Università di Modena: Alessandro Dalla Volta, Guido Melli, Francesco Schiassi;

Medicina legale nella R. Università di Parma: Domenico Macaggi, Boldrino Boldrini, Vincenzo Mario Palmieri;

Igiene nella R. Università di Parma: Pasquale Marginesu, Giuseppe Mazzetti, Mario Mazzeo.

Il prof. dott. Pietro Chironi, docente di patologia speciale chirurgica e ten. colonnello medico in servizio presso il Collegio Medico-Legale del Ministero della Guerra, è stato promosso a scelta colonnello medico.

Il dott. Francesco Graziani, primario chirurgo specialista nell'Ospedale « Principe di Piemonte » a Zara, ha conseguito la libera docenza in clinica chirurgica. Ce ne compiacciamo cordialmente col valoroso collega.

Il prof. Adalbert Czerny, che fu a lungo clinico pediatra di Berlino e che è andato a riposo recentemente per limiti d'età, è stato dal ministro chiamato alla cattedra di pediatria e alla direzione della Clinica pediatrica di Düsseldorf.

Il prof. K. Goldstein, già dell'Università di Berlino, è nominato direttore del nuovo Laboratorio neuro-fisiologico all'Ospedale Montefiore di New York.

NOTIZIE DIVERSE

La Città universitaria di Roma.

Una delle realizzazioni più grandiose del Fascismo è la Città universitaria, sorta a Roma nelle vicinanze del Policlinico e che venne inaugurata, con grande solennità, il 31 ottobre.

I giornali quotidiani ne hanno dato ampie notizie; ci limitiamo a rilevare che essa rappresenta un'espressione del genio architettonico e costruttivo italiano dell'Èra Fascista. Vi ha cooperato un gruppo di giovani architetti di valore, sotto la direzione di Marcello Piacentini, e n'è derivato un tutto armonico ed imponente.

Gli edifizi sono in numero di 20; oltre a quelli scientifici e il Rettorato, comprendono il Circolo dei professori, la Casa dello studente, il Dopolavoro universitario, la Caserma della Milizia universitaria ecc. Per dare un'idea della vastità dei locali e della perfezione degli impianti, basti rilevare che l'aula magna è capace di 3000 posti, la Centrale termica può sviluppare 8000 calorie a', l'impianto telefonico può raggiungere 1000 numeri; ecc.

Il costo si è elevato a 91 milioni e mezzo di lire, compresi 8 milioni per espropri e per miglioramenti a edifizi contigui del Policlinico. Lo Stato vi ha contribuito con 56 milioni, il Governatorato con 10 e al resto hanno provveduto la Provincia ed altri Enti.

La sede romana degli studi universitari risulta veramente degna.

Questa « cittadella del pensiero », come l'ha definita l'on. Mussolini, è stata edificata dal Fascismo perchè Roma continui con rinnovata energia la sua millenaria azione culturale.

* * *

Alla cerimonia inaugurale hanno presenziato le massime Autorità dello Stato, i rappresentanti di tutte le Università italiane, molti rappresentanti di Università e Corpi scientifici stranieri, il Corpo diplomatico.

L'inaugurazione venne segnata da una manifestazione militare: le salve di fucileria degli universitarî volontarî della Divisione Tevere.

Hanno pronunziato elevatissimi discorsi il Rettore Magnifico, prof. De Francisci, il Ministro dell'Educazione Nazionale, on. De Vecchi, l'on. Mussolini, il quale ha detto che l'Università di Roma rinasce mentre a Ginevra la coalizione degli egoismi e della plutocrazia tenta invano di fermare il passo alla giovane Italia delle Camice Nere. Davanti a questo assedio economico, il popolo italiano oppone « la più implacabile resistenza, la più ferma delle decisioni ».

« Voi, camerati goliardi, sarete sulle prime linee: farete di questa, come di tutte le Università d'Italia, una palestra, un baluardo, una fortezza dello spirito e delle armi che, quando siano associati, assicurano la vittoria ».

* * *

Il primo atto dello « Studium urbis », il domani dell'inaugurazione, è stato il conferimento della laurea « honoris causa » alla Maestà del Re.

Ai rappresentanti di tutti i Popoli il Sovrano ha dichiarato che l'Italia, unita in uno spontaneo sforzo di fede e di inflessibile volontà, difende le supreme esigenze della vita e continua la sua antica missione di civiltà.

« Offrendo agli studiosi italiani e stranieri questa nuova sede — Egli ha detto — il mio Governo ha voluto compiere un atto di fede nella collaborazione intellettuale e nella sovranità dello spirito, che è garanzia di reciproca comprensione, di imparziale serenità e quindi di pace duratura, quando è associata alla giustizia.

« Non è senza significato che questa cittadella del pensiero apra le sue aule destinate a nobili e severi studî, mentre il mio Paese è impegnato in eventi che supreme esigenze della sua vita, della sua sicurezza e del suo avvenire hanno imposto.

« In ogni ora della sua gloriosa Storia, Roma ha assolto la sua missione di civiltà. Oggi l'Italia prosegue per la stessa via, più che mai unita in uno spontaneo sforzo di fede e di volontà.

« Altro non chiede l'Italia che di poter vivere la pienezza della sua vita per lavorare e dedicare le sue energie a favore di quegli ideali comuni che costituiscono il sacro patrimonio della umanità civile.

« Vogliano gli illustri rappresentanti del pensiero e della scienza internazionale ripetere ai loro concittadini che in questa speranza si è aperta la Città universitaria di Roma ».

Nuovo padiglione nell'Ospedale psichiatrio di S. Maria della Pietà.

Alla fine del 1932 fu redatto dall'Ufficio Tecnico Provinciale di Roma il progetto per la costruzione del nuovo Padiglione n. 22 destinato ai folli agitati e da erigersi entro il recinto dell'Ospedale Provinciale di Santa Maria della Pietà.

Il nuovo Padiglione ha la pianta a forma di doppio E accoppiato, e cioè consta di due ali laterali riunite con un corpo centrale, a croce, ed è capace di ricoverare circa 120 malati.

Inizialmente il progetto primitivo prevedeva due piani e cioè quello rialzato ed un primo piano. All'atto costruttivo invece sono stati costruiti tre piani e cioè un piano seminterrato e due piani superiori.

I lavori hanno importato una spesa di lire 1.200.000.

L'ospedale stesso è anche stato dotato di un nuovo impianto di depurazione biologica.

Mediante questo impianto è stato risolto radicalmente il problema dello smaltimento (e della utilizzazione) delle acque di rifiuto dell'Ospedale. Costituito per una popolazione di 3500 individui, e cioè ben superiore ai bisogni odierni, potrà agevolmente far fronte al prevedibile aumento dell'Istituto fino a 5000 persone. La spesa totale incontrata è stata di L. 300.000.

Inaugurazione dei locali della R. Clinica Medica di Catania.

Il 28 ottobre con l'intervento delle Autorità politiche ed accademiche sono stati inaugurati i nuovi locali della R. Clinica Medica di Catania. Questa, anche perchè aveva ceduto il proprio Istituto alla Patologia medica, viveva in luogo ed in condizioni assolutamente inadeguate all'importanza dell'insegnamento clinico. Il nuovo Istituto sorge nell'Ospedale V. Emanuele. Si compone di tre piani, l'ultimo dei quali è adibito a laboratorio. Tutti gli impianti sanitari e scientifici sono stati eseguiti con criterî moderni sotto la vigile cura del direttore della Clinica prof. Di Guglielmo. Le sale possono accogliere da 100 a 150 letti e restano come l'intero edificio indipendenti dall'Ospedale dal quale dipendono soltanto amministrativamente.

L'Università di Catania per merito delle Auto-

rità tutorie ha così realizzato una urgente opera che torna a decoro dell'insegnamento e del glorioso Ateneo.

Scuole e corsi di perfezionamento.

La Scuola di perfezionamento in Medicina del Lavoro della R. Università di Roma, con sede nel Policlinico del Lavoro, ha lo scopo di perfezionare i laureati in Medicina e Chirurgia nella Medicina del Lavoro e di conferire il diploma di « Specialista in Medicina del Lavoro », particolarmente utile a quelli che aspirano ad essere Medici ispettori corporativi, Medici di fabbrica, di Istituti di assicurazioni sociali e di assistenza medico-sociale, di Commissioni arbitrali per infortuni, Medici-periti ecc. Il diploma di « Specialista in Medicina del Lavoro » è stato riconosciuto come titolo di preferenza dal Ministero delle Corporazioni nei concorsi per Medici Ispettori corporativi; e dalla Confederazione generale fascista dell'industria per la nomina a Medici di fabbrica; è altresì titolo di preferenza per la nomina a Periti medici e ad arbitri nelle controversie previste dal regolamento 1933 per l'esecuzione del R. D. 13 maggio 1929 n. 928, sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

L'Unione Fascista degli Industriali della Provincia di Roma ha concesso, come in passato, 6 borse di studio, di L. 1000 ciascuna: 3 per l'anno 1936 e 3 per l'anno 1937 a favore dei migliori allievi.

La Scuola ha la durata di un biennio.

Gli esami di profitto vengono dati per gruppi di materie, alla fine di ogni anno del corso. L'esame di diploma si svolge secondo le norme dell'art. 195 dello Statuto Universitario: esso consta di una dissertazione originale scritta, su un argomento di Medicina del Lavoro, e di una prova pratica stabilita dalla Commissione esaminatrice.

Tasse complessive L. 2325. Per le altre condizioni chiedere il programma alla sede della Scuola, via Ripetta 180, Roma.

La Scuola avrà inizio il 18 novembre. Le iscrizioni si ricevono sino al 16 novembre.

* * *

È uscito il programma dei Corsi che la Scuola Medica Ospitaliera di Roma svolgerà durante l'anno scolastico 1935-1936. Saranno trattate, nei consueti corsi comuni trimestrali e semestrali, le seguenti materie: Medicina generale, Chirurgia generale, Chirurgia operatoria, Dermatologia e sifilografia, Diagnostica della tubercolosi polmonare, Diagnostica e terapia delle malattie nervose, Diagnostica fisica e terapia fisica (marconiterapia) delle malattie nervose, Esercizi di diagnostica, Otorinolaringologia, Ostetricia e ginecologia, Pediatria, Patologia dell'apparato digerente, Malattie urinarie, Radiologia, Tecnica delle perizie medicolegali, Tecnica del pneumotorace artificiale, Tecnica dell'elettrodiagnostica ed elettroterapia, Tecnica della cistoscopia e diagnostica urologica.

Inoltre saranno ripetuti i corsi speciali tenuti con tanto successo in questi ultimi anni: quello mensile per i medici condotti, quello estivo di preparazione agli esami di Stato; il Corso di integrazione di Clinica otorinolaringologica; il Corso domenicale di neuropsichiatria e anatomia clinica dei centri nervosi; il Corso di tecnica di laboratorio.

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi al segretario, dott. Lupi, Policlinico Umberto I, Roma.

Un po' dovunque.

È annunziata per la metà di novembre la partenza da Londra per l'Abissinia di un servizio d'ambulanza offerto dall'Inghilterra. Il costo del piccolo ospedale mobile è preventivato in 35.000 sterline per tre mesi.

I 1500 malati dell'Istituto sanatoriale « Carlo Forlanini » in Roma hanno indirizzato al direttore, prof. Morelli, quattro lettere, corrispondenti ai quattro padiglioni, per dichiarargli che intendono di adeguarsi alla disciplina dei consumi alimentari prescritta dal Governo, rinunziando all'uso della carne nei giorni stabiliti (com'è noto, i malati sono esclusi dalla restrizione sul consumo della carne). Presumibilmente questa offerta non verrà accolta; ma essa è commovente ed oltremodo significativa.

Mentre andiamo in macchina si tiene l'annunziato 5° Congresso nazionale sulla tubercolosi. Ne riferiremo nel prossimo numero.

In occasione del primo Salone Internazionale Aeronautico di Milano, il locale Sindacato Provinciale Fascista Medici e l'Aero Club « E. Pensuti » hanno organizzato un Convegno di medicina aeronautica, il quale si è tenuto il 27 ottobre, alla Fiera di Milano, nel Teatro della Moda, con l'intervento di altissime personalità dell'aeronautica e della medicina. Sono state presentate relazioni dal prof. Herlitzka, dal gen. med. Di Nola, da padre Gemelli e dal gen. Grocco, accademico d'Italia. Sono stati inviati fervidi telegrammi al Duce e al gen. Valle. Si è proiettata una cinematografia francese di propaganda.

Il 1° Congresso internazionale di antropologia e psicologia criminale è indetto a Roma per l'aprile del 1936. Temi: « Etiologia, diagnostica e profilassi della delinquenza minorile »; « Profilassi criminale in rapporto alla riforma delle leggi penali »; « Concetti fondamentali della biologia e della biotipologia criminali »; « Profilassi criminale e antropologia criminale ». Verranno visitate le nuove istituzioni italiane per la prevenzione della criminalità e la rieducazione dei delinquenti, a Roma, Napoli, Aversa, Orvieto ecc. Sede del congresso: via Giulia 52, Roma; segretario generale: prof. Benigno Di Tullio.

Dal 6 al 12 ottobre si è tenuto a Buenos Aires il Congresso nazionale argentino di chirurgia; e in coincidenza con esso, il 10 e l'11 ottobre, hanno avuto luogo le seconde Giornate rioplatensi di tisiologia.

L'« Associazione Aero-Medica » degli Stati Uniti si aduna dall'1 al 3 novembre a San Antonio; tema discusso: la selezione degli aviatori militari (4 relazioni); tra le conferenze ve n'è una sulla profilassi della perdita dell'udito negli aviatori.

L'Associazione dei medici di lingua francese dell'America del Nord terrà il suo 14° congresso a Montréal dal 7 al 10 settembre 1936; sono stati invitati a parteciparvi medici e professori di Parigi, Lione, Bordeaux e Tolosa.

Sotto gli auspicî della Lega francese contro il reumatismo, si è tenuta a Parigi, il 28 ottobre, una « Giornata del reumatismo »; è stato discusso il tema: osteo-artrite dell'asma. Segretario generale della Lega è il dott. M.-P. Weil, rue de Londres 60, Paris.

Il 1° Congresso internazionale dei medici amici del vino si è tenuto a Losanna dal 26 al 31 agosto, sotto la presidenza del prof. Portmann. Tra le relazioni ve n'era una del prof. Baglioni di Roma sulle « Vitamine dell'uva e del vino ».

L'Accademia romena di Medicina, di cui annunziammo già la costituzione, si è adunata per la prima volta, sotto la presidenza del dott. C. Angelesco, professore alla Facoltà medica di Bucarest, ministro dell'istruzione pubblica, che è stato eletto presidente.

Nell'Ospedale Rudolf Hess di Dresda si è inaugurata, il 18 ottobre, una Scuola di perfezionamento medico, presente il Commissario medico federale Wagner. Essa è destinata in prevalenza ad una integrazione della medicina ufficiale con la medicina naturista.

Durante gli ultimi 8 anni scolastici si è avuto in Francia un incremento costante nel numero dei diplomati in medicina. Questi furono 901 nell'anno scolastico 1927-28; negli anni successivi aumentarono, ogni volta rispetto all'anno precedente, di 64, 87, 68, 3, 170, 171, 115: così nell'anno scolastico 1934-35 hanno raggiunto la cifra di 1579.

Nell'anno scolastico 1934-35 i diplomati « di Stato » in medicina in Francia sono stati 1579, così ripartiti tra le varie Università: Parigi 778, Bordeaux 173, Lione 137, Nancy 83, Montpellier 74, Tolosa 73, Marsiglia 68, Lilla 64, Strasburgo 58, Algeri 39, Beirut 32; sono da aggiungersi 240 diplomati « d'università » (stranieri non autorizzati ad esercitare in Francia); si raggiunge così un totale di 1819.

Nelle Università austriache i semestri di studio sono stati stabiliti come segue. semestre invernale: 1 ottobre - 31 gennaio; semestre estivo: 15 febbraio - 28 giugno; il nuovo ordinamento è entrato in vigore col 1° novembre.

Nell'Ospedale Psichiatrico di Palermo, diretto dal prof. Santangelo, funziona da alcuni mesi un centro per la cura dei post-encefalitici poveri delle province siciliane. Il reparto ha due sezioni: per uomini e per donne; ognuna è diretta da un medico primario. Si attua il cosidetto metodo bulgaro, ma dando la preferenza alla belladonna italiana, secondo i rilievi del prof. Di Mattei di Pavia. La cura medicamentosa viene integrata da quella fisica e da trattamenti particolari.

È stato inaugurato ad Amiens un nuovo ospedale, attrezzato secondo le più moderne concezioni; sorge alle porte della città, in una zona alta; sostituisce il vetusto e insalubre Hôtel-Dieu.

In Francia è sorto un sanatorio per studenti malati ai polmoni, in Saint'Hilaire du Touvet, sull'altipiano detto « des Petites Roches »; comprende un reparto chirurgico. Gli studenti in medicina vi compiono studî di specializzazione in tisiologia. Vi sono addetti un medico primario e due assistenti, di cui una donna per le studentesse. Mediante le Casse mutue, vi sono accolti e curati anche gli studenti poveri.

Il 18 settembre fu inaugurato a Buenos Aires un nuovo padiglione nell'Istituto di maternità della Società di beneficenza; è destinato all'isolamento. Il direttore, Alberto Peralta Ramos, ne illustrò le finalità.

Il 24 settembre fu inaugurato a Buenos Aires il Servizio sociale nella Maternità dell'Ospedale Torquato de Alvear, appartenente al Municipio; avrà prevalentemente per scopo le cure prenatali, sotto la direzione del dott. Manuel L. Pérez.

Si è deliberato di fondare a Buenos Aires un Istituto municipale di tisiologia, che funzionerà nell'Ospedale Tornú, come centro di alta cultura, di propaganda e di sperimentazione.

Il dott. F. C. Berssler di Baltimora ha donato una rendita annua di 12.000 dollari (150.000 lire it.) per l'istituzione di un laboratorio di ricerche nell'Università di Maryland.

Nella Terra Francesco Giuseppe, appartenente alla Russia, sulla Baia Tranquilla, è stato organizzato dal dott. Haïchmann il primo laboratorio scientifico artico, per studiare la ripercussione della vita artica sul personale della spedizione.

Al tempo stesso, nell'isola Aickson si è organizzato un ospedale, il primo della regione, diretto dal dott. Nikitine ed ove si compiono pure delle osservazioni sulla vita dell'uomo nelle regioni artiche.

Si pensa che il littorale occidentale della Nuova Zembla e dell'Isola Settentrionale posseggano condizioni favorevoli per una Stazione climatica polare: il lungo periodo di sole, l'assenza di venti, i raggi ultra-violetti riflessi dai ghiacciai, le sorgenti ferruginose e calciche, dovrebbero agire favorevolmente su alcune malattie.

Il professore di fisica e direttore dell'Istituto del radium presso l'Università di Montréal (Canadà), E. Gendreau, ha tenuto, su invito, una conferenza al Collegio Universitario Nazionale di Dublino (Irlanda), sulla lotta contro il cancro; ha messo in evidenza l'utilità di una cooperazione tra medici e fisici per intensificare la lotta contro il cancro.

I colleghi, allievi ed amici del prof. A. Chauffard, allo scopo di perpetuarne il ricordo, hanno deciso di far collocare un medaglione che lo rappresenti, nell'anfiteatro dell'Ospedale di Sant'Antonio a Parigi, che egli ha illustrato col suo insegnamento. A tale scopo è aperta una sottoscrizione. I sottoscrittori di 100 franchi riceveranno una riduzione in bronzo del medaglione. Rivolgersi al tesoriere, Georges Masson, boulev. Saint-Germain 128, Paris 6e.

Dal 27 ottobre al 3 novembre si è svolta in Germania la « Settimana del libro tedesco ».

S. S. il Papa ha ricevuto a Castelgandolfo, nel cortile del palazzo, 1500 infermiere laiche e religiose che hanno partecipato al congresso internazionale di Roma.

La Federazione fra le Associazioni del clero in Italia ha compiuto un'inchiesta presso le Curie diocesane, per conoscere quanti sono i membri del clero attualmente affetti da tubercolosi. Quaranta Diocesi non hanno ancora risposto all'invito. I dati fin'ora raccolti sono i seguenti: tubercolotici accertati: sacerdoti 104, chierici 79; sospetti: sacerdoti 31, chierici 57.

Il Laboratorio Farmacologico Reggiano di Correggio, per contribuire alla celebrazione del IV Centenario della morte del celebre pittore delle Grazie Antonio Allegri, detto il Correggio, ha fatto pubblicare dall'Istituto d'Arti Grafiche di Bergamo un elegante volume in cui sono raccolte le illustrazioni di tutte le opere (quadri, affreschi, disegni) del grande Maestro. Le riproduzioni, oltre un centinaio, sono state eseguite in rotocalco o in

Memento :

Le OPERE DI MEDICINA CHIRURGIA ED IGIENE

pubblicate dalla Casa Editrice LUIGI POZZI di Roma

gli abbonati al « POLICLINICO » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste edite dalla stessa Casa possono ottenerle:

a) contro pagamento a contanti *ai prezzi di favore* indicati negli annunzi dei singoli volumi, inviando, cioè, il rispettivo importo contemporaneamente alla richiesta;

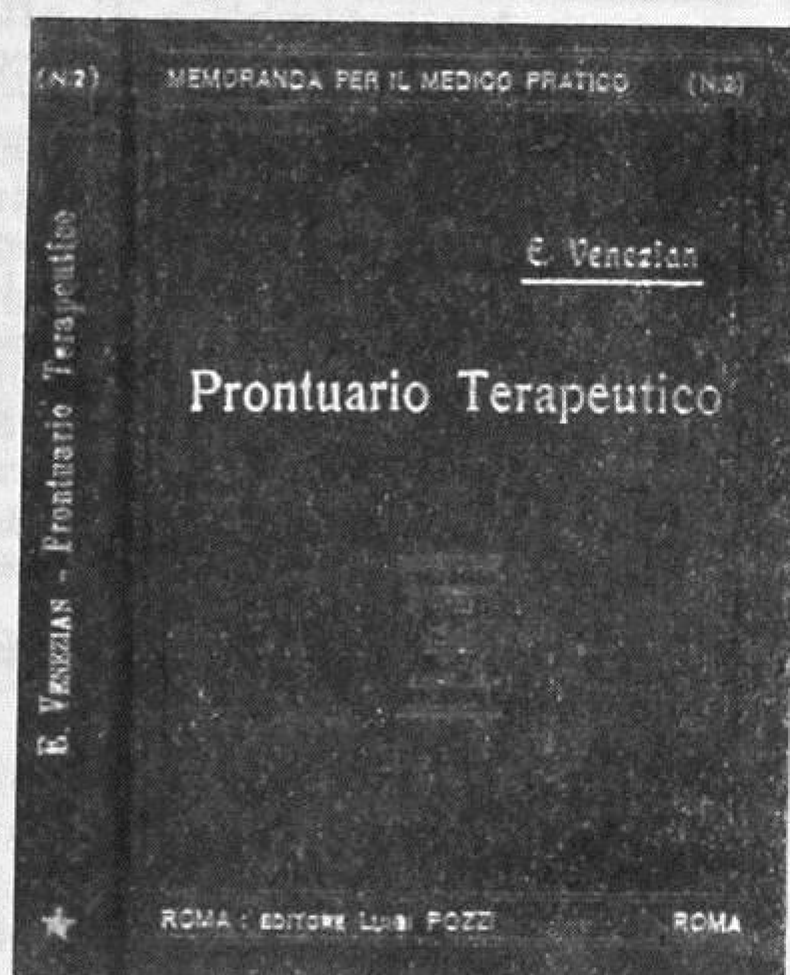
oppure

b) *al prezzo impresso sulla copertina dei volumi,* contro pagamento rateale. Il totale, *considerato al prezzo di copertina,* può essere corrisposto con un primo versamento pari a un *terzo* dell'ammontare della richiesta e la rimanente somma mediante rate mensili da L. 20 cadauna. Con il primo versamento si deve inviare l'impegno scritto del pagamento rateale mensile fino al completo saldo.

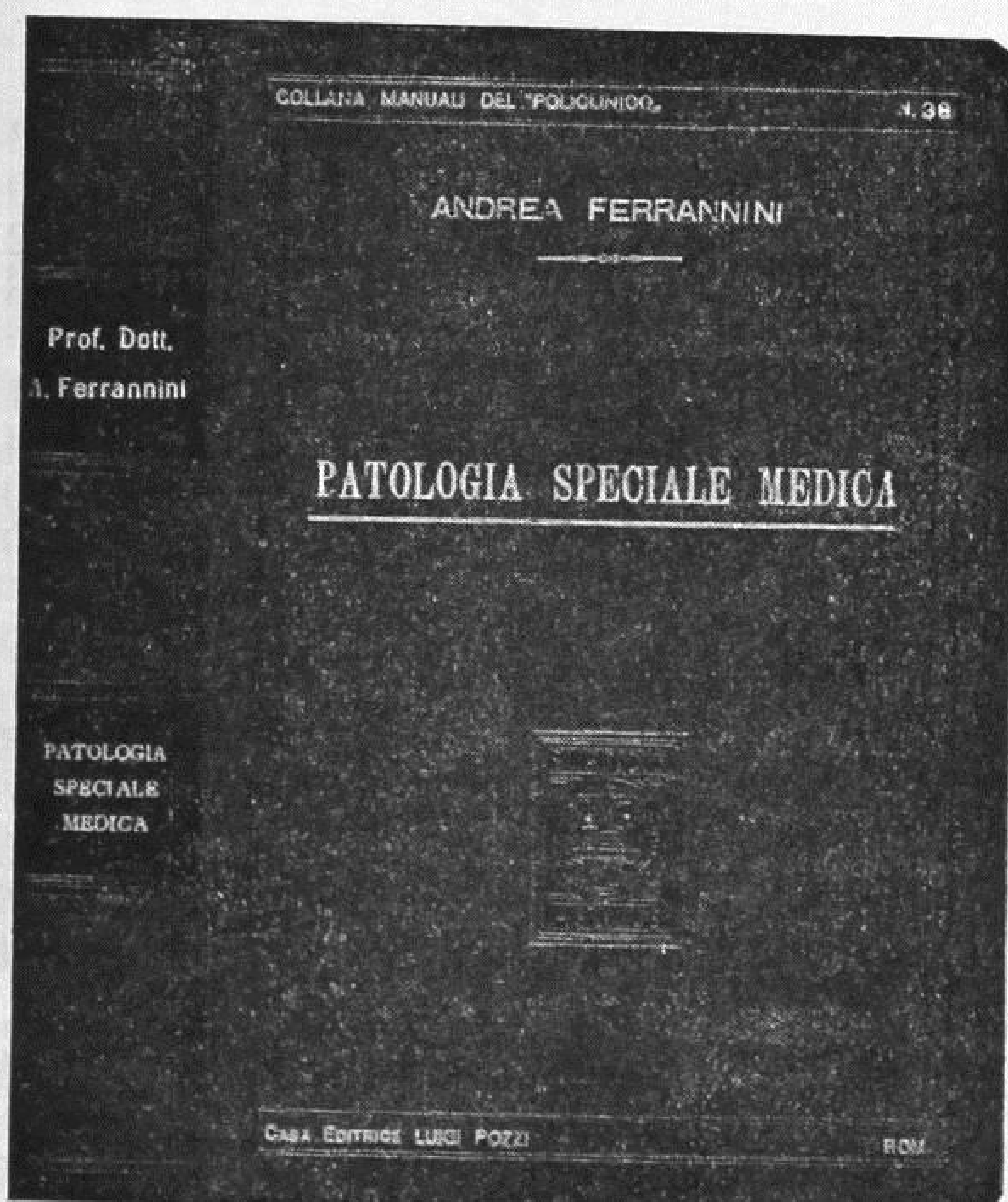
N. B. - A richiesta si invia il catalogo generale di tutte le opere:

Fac simili delle nostre edizioni rilegate in tela.

A circa un terzo dal vero



Prezzo L. **25,25**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **22**, franco di porto in Italia. Per l'estero L. **24**.



Prezzo: in brochure L. **56**; rilegato in tela L. **64**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, rispettivamente, sole L. **50** e L. **58**, franco di porto in Italia. Per l'estero, rispettivamente, L. **54** e L. **64**.

A circa un terzo dal vero

Fac simili delle nostre edizioni in brochure.

A circa un terzo dal vero



Prezzo L. **55**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **48**, franco di porto in Italia. Per l'estero L. **53**.



Opera di complessive 1190 pagine, con 374 figure nel testo e 8 tavole a colori fuori testo, in due Parti: Generale e Speciale, divisa in quattro Puntate. Prezzo complessivo L. **145**, più le spese postali di spedizione. Ai nostri abbonati è ceduta per sole L. **120**, franco di porto in Italia. Per l'estero L. **130**.

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore Luigi Pozzi, via Sistina

tricromia, e sono precedute da uno studio critico del Mottini. Il volume è fuori commercio ed è inviato in dono ai medici dal dott. Recordati, proprietario e direttore del Laboratorio Farmacologico Reggiano, di Correggio.

Il dott. William Jones, uno dei più quotati anestetisti di Londra, si è ucciso anestetizzandosi. Il giudice istruttore, dott. Oddie, ha accertato che il suicidio fu determinato da difficoltà finanziarie. Il Jones era anestetista onorario e docente (lecturer) di anestesia al « Charing Cross Hospital », al « London Temperance Hospital », al « Royal Ear Hospital », al « Royal National Orthopedic Hospital » e al « Gordon Hospital »; ma tutte queste cariche erano onorarie, non retribuite, quasi che i medici, a differenza degli altri mortali, possano astrarre dalle necessità dell'esistenza. Così « Igea » (Ann. d'Ig.).

Il prof. Hubert Pocházka, direttore della Clinica neuro-psichiatrica dell'Università di Brünn (Cecoslovacchia), mentre usciva dalla sua abitazione, è stato revolverato e ucciso da un malato di mente, impiegato alle Assicurazioni contro gl'infortuni sul lavoro.

Si è spento il prof. GAETANO GERONZI, chirurgo primario otoiatra negli Ospedali Riuniti di Roma, apprezzatissimo professionista.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 7 ottobre al 13 ottobre: Morbillo 150 (495); Scarlattina 170 (374); Pertosse 59 (225); Varicella 56 (85); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 494 (988); Infezioni paratifiche 88 (119); Febbre ondulante 18 (23); Dissenteria 18 (21); Difterite e croup 252 (478); Meningite cerebro-spinale epidemica 4 (4); Poliomielite anteriore acuta 17 (23); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 6 (25); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 46 (68), dichiarata — (—); Pustola maligna 28 (30).

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da PAOLO GAIFAMI

Il Numero 11 (Novembre 1935) contiene:

Lavori originali: E. FRONTICELLI: Intorno al tasso ureico sanguigno materno, fetale e placentare.
Fatti e documenti: A. MERLINO: Echinococcosi dei legamenti larghi.
La rubrica degli errori: E. OPOCHER: In tema di errori e deficienze diagnostiche.
Medicina sociale: E. PONZI: La nati- e neonati-mortalità alla Clinica Ostetrica di Parma nel quinquennio 1930-1934.
La rubrica medico-legale: G. BIANCHINI: Nota critica ad una perizia sopra un caso mortale per emorragia follicolare.
Problemi discussi: D. TADDEI: A proposito di annessite, appendicite, simpaticosi addominale.
Congressi: Il XXXII Congresso della Soc. Ital. di Ostetricia e Ginecologia.
Dalle riviste (OSTETRICIA): Analgesia ed anestesia ostetriche. — Le indicazioni al parto cesareo nella presentazione podalica. — La perdita di sangue durante il parto cesareo. — La pielite gravidica. — Sulle modificazioni della mucosa del collo dell'utero durante la gravidanza, il parto ed il puerperio. — (GINECOLOGIA): La vitamina C nel trattamento delle emorragie ginecologiche. — Sulla cosidetta reviviscenza dell'endometrio. — Insorgenza famigliare di deficente sviluppo degli organi genitali femminili. — Localizzazioni suppurative ossee in casi di infezione puerperale. — Il rischio di un carcinoma del moncone cervicale dopo amputazione sopravaginale dell'utero. — Sulla questione del pseudomixoma peritonei. — (PEDIATRIA): La modificazione del riflesso plantare nei neonati sotto l'azione degli stimoli e di altre influenze. — Ricerche sulla riserva di ferro dei neonati. — Tetania del neonato. — Sulla vaccinazione antivaiolosa precoce dei neonati e dei prematuri. — E' aumentato il peso medio alla nascita in quest'ultimi anni? —
Note di biologia: Il ricambio idrico e salino nel campo ginecologico. — Ricerche sull'azotemia nello stato puerperale. — Ricerche, mediante indicatori, sulla reazione attuale della cute del neonato. — I pesci per la diagnosi di gravidanza. — Contributo alle caratteristiche anatomo-topografiche dell'intreccio di Frankenhäuser. — Sulla patogenesi della galattorrea con osservazioni sui processi ormonici nella lattazione fisiologica.
I libri.
Commenti e proposte: P. Gaifami: Ospedalizzazione ostetrica precoce o tardiva?
Varietà. — Notizie.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **55**. Un numero separato L. **6**.

Numero di saggio gratis a richiesta

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 18 Novembre 1935 - XIV Num. 46

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE DI VIADANA (MANTOVA)

Le iniezioni endoarteriose nelle infezioni degli arti.

Prof. VINCENZO LUCCARELLI, direttore.

Sin dal 1908 Gayanes, in Francia, aveva tentato (1) di ricorrere alla via endoarteriosa per influire direttamente con antisettici sulle lesioni tubercolari degli arti. Ma i suoi esperimenti non furono proseguiti essendosi addimostrati insufficienti allo scopo. Le affezioni tubercolari, infatti, non potevano costituire il migliore terreno su cui sperimentare siffatto trattamento.

Più tardi, nel 1929, Reynaldo Dos Santos, a Lisbona, interessandosi delle iniezioni endoarteriose per l'arteriografia radiologica, volle pure servirsi di questa via a scopo terapeutico. A questo fine anzicchè di liquidi opachi, come per l'arteriografia, si valse di antisettici ed estese la sua sperimentazione in differenti forme di infiammazioni degli arti. Lo stesso A. nell'aprile del 1928 a Strasburgo e poi nel gennaio 1929 dinanzi alla Società di Scienze Mediche di Lisbona, fece ampiamente conoscere gl'interessanti, e molto incoraggianti risultati da lui ottenuti.

Nel 1930 il Lamas al Congresso di Chirurgia francese espose il metodo di Reynaldo Dos Santos citando numerosi casi da lui trattati con ottimo esito.

Nella stessa seduta il Leriche convalidò l'importanza di questi successi facendo notare che pure esso nella sua Clinica ricorreva correntemente alle iniezioni endoarteriose di mercuriocromo e poi di violetto di genziana, particolarmente nelle gravi linfangiti, nelle artriti blenorragiche e soprattutto nelle cangrene da arterite in cui otteneva il raffreddamento della lesione prima di procedere alla amputazione.

Di recente (*La Presse Médicale*, n. 5, 16 gennaio 1935, pag. 83) Goinard, Piétri e Mondzain-Lemaire, hanno pubblicato un importante e ben completo lavoro sopra questo interes-

(1) La via arteriosa, come ricorda il Palmieri, fu tentata nel 1665 dall'italiano Maltagliato. Questi però si valse dei cani ed impiegò mezzi primitivi che diedero cattivi risultati.

sante argomento, suffragandolo con grafici, con esami istologici dei tessuti molli, delle arterie e dei capillari e con controlli oscillometrici; nonchè con la raccolta e la disamina particolareggiata di una convincente statistica clinica.

Il riconoscimento pratico circa la importanza terapeutica delle iniezioni antisettiche endoarteriose, si può dire ormai sanzionato e valorizzato dalla autorità degli Autori. Il metodo, però, non ha ancora raggiunto quel grado di diffusione e di correntezza che realmente merita. Ciò, indubbiamente, è dovuto alla scarsa conoscenza di questa nuova via terapeutica, alla prevenzione circa la vulnerabilità delle arterie e alla consapevolezza degli accidenti che qualche volta si sono verificati in conseguenza della iniezione endoarteriosa di liquidi opachi per la arteriografia radiologica.

A tale proposito è bene precisare subito che in materia di iniezioni endoarteriose non si deve confondere la puntura eseguita a scopo disinfettante, come è quella di cui ci interessiamo, con quella praticata in radiologia per l'arteriografia degli arti. Quest'ultima offre realmente una certa possibilità di accidenti (trombosi seguita da cangrena) dovuta ai particolari liquidi opachi che necessariamente si è costretti ad introdurre nel circolo arterioso (Collothar, Ténéyl, Thorostrast) nonchè alla rapidità con cui bisogna iniettare il liquido stesso stante la rapidità di assorbimento (6-8 minuti) durante i quali si deve pure eseguire l'arteriografia. La iniezione endoarteriosa a scopo disinfettante, invece, si eseguisce lentamente e per la costituzione del liquido impiegato riesce perfettamente innocua oltrecchè localmente anche per il circolo generale e per l'intero organismo.

Sta di fatto che la ormai ricca casistica ed i già abbastanza numerosi Autori che hanno praticato il metodo, concordemente ammettono che queste iniezioni endoarteriose sono del tutto innocue. Soltanto gli ultimi Autori citati (Goinard, Piétri e Mondzain-Lemaire) nel loro pregevole lavoro ricordano un caso di spina ventosa di due dita della mano in cui l'iniezione determinò cangrena delle due dita e parziale sfacelo di un punto dell'avambraccio, tuttavia guariti rapidamente. Basta, del resto, leggere le conclusioni di questi Autori per convincersi come essi, integri osservatori, mentre valutano l'importanza delle iniezioni antisettiche endoarteriose già intuiscono la imperfezione del liquido da essi usato.

Questi Autori così si esprimono: « Quando i mezzi chirurgici si mostreranno inefficaci bisogna ricorrere alle iniezioni introarteriose antisettiche. Il caso più tipico è l'infezione gravissima dell'arto in cui non si vede altra risorsa che l'amputazione. In questo caso una iniezione potrà salvare l'arto stesso. Nelle suppurazioni croniche ribelli questo metodo ha procurato rapide guarigioni; ma in questi casi vi è una controindicazione formale, *almeno per quanto riguarda l'impiego della soluzione idro alcoolica* di violetto di genziana, poichè occorre astenersi dal praticare queste iniezioni allorchè l'indice oscillometrico è abbassato rispetto all'arto sano. Fatta questa riserva si può affermare che l'iniezione endoarteriosa antisettica è *inoffensiva* per l'arteria, per gli arti e per l'organismo, al pari della stessa iniezione intracarotidea che nel cane non ha dato alcun inconveniente. Le iniezioni endoarteriali sembrano agire per le profonde modificazioni vasomotrici che arreca l'irritazione dell'endoarteria così da riprodurre più in piccolo quelle che determinano la simpaticectomia parietale; a tale punto da poter rimpiazzare la simpaticectomia periarteriale in talune sue indicazioni ».

Non vi è dubbio alcuno che la via endoarteriosa costituisce la tecnica più appropriata per agire sopra un territorio infetto. Influire direttamente sulla zona malata servendosi del torrente circolatorio centrifugo equivale a portare su di esso, ed in dose e concentrazione più sicuramente efficace, quel medicamento che meglio sincronizzi con le particolari alterazioni tissulari evitando la via endovenosa o intramuscolare, che sottoporrebbe tutto l'organismo ad una vulnerazione superflua ed incompleta. Lo dimostra ampiamente la casistica di tutti gli Autori ed in particolar modo quella del Goinard e compagni tra i cui casi sono da menzionarsi: uno schiacciamento della mano con gravi lesioni ossee ed infezione diffusa che rendeva necessaria l'amputazione in cui l'iniezione ridusse in modo sorprendente la gravissima infezione dell'arto e diede la guarigione evitando l'intervento demolitore; un'antica osteomielite fistolizzata del femore che richiedeva un nuovo intervento in cui l'iniezione endoarteriosa con pari rapidissima efficacia diede la cicatrizzazione in due giorni e permise all'ammalato di abbandonare l'ospedale dieci giorni appresso completamente guarito. Altri casi di pari importanza si riferiscono a linfangioiti gravi, cangrene da arteriti, spine ventose, osteomieliti, artriti blenorragiche, infezioni gravi, ecc.

Dimostrata la innocuità dell'iniezione endoarteriosa e la reale importanza pratica di esse,

è da considerarsi quale realmente sia da giudicarsi la più adatta soluzione medicamentosa da impiegarsi.

Conosciamo benissimo l'azione antisettica di alcune sostanze coloranti, quali il mercuriocromo, il trypanbleau, trypanzot, giallo di acridina, bleu di metile, ecc. preconizzati anche per la cura della febbre ondulante, e possiamo, perciò, accordare fiducia pure al violetto di genziana ed al mercurocromo prescelti per le iniezioni antisettiche endoarteriose. I vari Autori precedenti, infatti, si sono avvalsi di queste ultime sostanze e più precisamente della formula: Violetto di genziana gr. 1; Alcool a 95° gr. 10; Acqua gr. 100.

Quello che effettivamente più induce a riflettere ed in certo qual modo a trattenerci dal ricorrere alla via endoarteriosa è la preoccupazione inerente all'azione dell'antisettico e del veicolo che lo accompagna su tessuti già tanto infiammati ed alterati. Occorre tener presente, infatti, che qualunque sia la lesione dell'arto per cui noi ricorriamo all'iniezione endoarteriosa, la corrente sanguigna deve sempre considerarsi più o meno ritardata, ostacolata od impedita. Da ciò consegue la necessità imprescindibile che il liquido impiegato debba essere di natura tale da esplicare bensì una sicura ed energica azione sterilizzante, abortiva o comunque beneficamente modificatrice delle condizioni in atto, ma tale anche da potersi diffondere ed imbibire i tessuti senza determinare peggioramenti delle condizioni o cagionare particolari alterazioni vasomotorie e parieto-vasali qualora la sua permanenza dovesse necessariamente protrarsi oltre il necessario.

Il mercurocromo, di azione caustica, astringente e tossica, impiegato in un territorio già per se stesso abbastanza vulnerato ed in istato di spasmo ed ingorgo non poteva aprioristicamente rispondere completamente allo scopo ed a ragione è stato abbandonato.

Per quanto riguarda la formula sopra citata e preferita dagli Autori non ci sembra che essa possa garantire una assoluta innocuità. È bensì vero che tale formula ha dato e dà tuttavia buoni risultati e che la presenza dell'alcool, come fanno rilevare il Goinard e compagni e come effettivamente si può constatare, dona una buona fluidità al liquido, ma dalle nostre esperienze abbiamo tratto il convincimento che essa non può considerarsi perfetta. L'iniezione, infatti, provoca immediato, vivo e diffuso dolore che si protrae per un tempo abbastanza lungo, sino ad un paio di ore; il che è dovuto unicamente all'alcool, in quanto la semplice soluzione acquosa di violetto di genziana non determina che un vago senso di calore e di tensione lungo l'arto. L'alcool, inoltre, per la sua elettiva azione coagulante e vulnerante dell'endotelio vasale non può che riuscire schiettamente lesivo e predisporre alla formazione di cangrena secca quando è obbligato a ristagnare in territori in cui la circolazione è più ostacolata. Il che è da mettersi in rapporto precisamente col caso sfortunato citato dal Goinard e compagni e giustifica la controindicazione all'iniezione quando la oscillometria risulta negativa.

Guidati dal concetto che l'azione curativa basilare di queste iniezioni è dovuta al violetto di genziana, per un potere caratteristicamente antisettico e risolvente di cui ancora ci sfugge la precisa essenza, abbiamo giudicato conveniente modificare la formula anzidetta nel senso di sottrarre ad essa l'alcool ed aggiungervi, invece, altre sostanze che valessero a rendere più efficiente ed assolutamente innocua l'iniezione endoarteriosa. Abbiamo perciò, preferito aggiungere al violetto di genziana oltrecchè il fenolo, per la sua azione disinfettante ed anestetica e più particolarmente pel suo potere paralizzante del protoplasma, anche una sostanza che, agendo sulla muscolatura vasale, facilitasse la circolazione sanguigna. In tale modo si raggiunge una preparazione ambientale intesa a favorire la diffusione e la penetrazione dell'antisettico ed una sicura esplicazione risolutiva anche nei casi di maggiore ostacolo o ristagno circolatorio.

All'atto pratico questa nuova soluzione, confrontata con quella degli AA. precedenti, ha dato risultati superlativamente ottimi non solo a noi ma anche ad altri chirurghi a cui l'abbiamo indicata. Essa, inoltre, ci lascia tranquilli circa la possibilità di lesioni dovute ai componenti del liquido e ci dà adito a considerare raggiungibili, per via endoarteriosa, anche altri territori del corpo umano.

Il meccanismo di azione delle iniezioni antisettiche endoarteriose, molto verosimilmente non è soltanto dovuto all'entrata in circolo della particolare soluzione. Goinard e compagni, sulla base degli esami fatti, opinano che tali iniezioni determinano intense modificazioni vasomotrici e capillari le quali procedono di pari passo con i buoni risultati terapeutici e si domandano: se il trauma stesso della puntura non agisca eccitando l'endoarteria o l'avventizia; se la minima quantità di sangue che necessariamente fuoriesce dal vaso nel luogo della puntura non esercita una benefica azione per irritazione del simpatico; se i rapidi miglio-

ramenti non sono dovuti alla durevole vasodilatazione che segue alla breve costrizione.

Comunque, lo ripetiamo, le iniezioni antisettiche endoarteriose riescono praticamente efficaci e di azione molto spesso realmente sorprendente, nelle lesioni degli arti. Abbiamo in corso di sperimentazione anche la cura di malattie localizzate in territori estranei agli arti, di cui riferiremo a suo tempo, che sin da ora ci sembrano molto promettenti. Al presente ci limitiamo a riportare brevemente i casi che abbbiamo trattati per via endoarteriosa per lesioni degli arti.

Caso I. — C. I. di E., anni 34, contadino, entra in Ospedale il 12 febbraio 1935, quattro giorni dopo aver riportata frattura del cubito destro, strappamento del terzo e quarto flessore della stessa mano con scuoiamento della regione dorsale corrispondente in seguito ad impigliamento in una cinghia di trasmissione. Febbre alta, tumefazione flemmonosa della mano e dell'avambraccio, aspetto necrotico di buona parte della superficie denudata, contusione circostante, stato setticemico del malato. Iniezione di siero antitetanico, toilette, impacchi di siero fisiologico, immobilizzazione, iniezioni di fenolo. Il giorno appresso le condizioni generali e locali sono peggiorate. Il 14 febbraio si pratica l'iniezione endoarteriosa nell'omerale con 6 cmc. di soluzione. La puntura riesce alquanto indaginosa stante la cospicua tumefazione dell'avambraccio e la dolorabilità della parte, ma determina subito un senso di tensione nell'arto e poco appresso l'ammalato si meraviglia della scomparsa pressochè completa del dolore tormentoso di cui soffriva da cinque giorni. Il giorno appresso l'ammalato denunzia un insolito benessere e nell'arto si nota già una attenuazione della tensione della cute ed un ritorno parziale della sensibilità tattile. La temperatura è discesa e la palpazione risveglia un più vivo dolore sul terzo medio del cubito nel punto in cui esso è fratturato. Nei giorni seguenti la temperatura ha scarse oscillazioni con un massimo di 37,9 mentre tanto l'avambraccio come la mano vanno gradatamente diminuendo di volume. Sulla zona denudata i tessuti scoperti presentano un aspetto vitale pure essendovi discreta secrezione marciosa. Nove giorni dopo l'iniezione ci riesce possibile praticare la sutura del terzo e quarto tendine estensore e sostituire il sostegno provvisorio con opportuno apparecchio gessato fenestrato. Due giorni appresso l'ammalato viene dimesso dall'ospedale per continuare le medicazioni ambulatorie. Malgrado la ricomparsa suppurazione la tenorafia si mantiene valida. Ventiquattro giorni dopo l'iniezione si toglie l'apparecchio lasciando libertà di movimenti. In due mesi complessivi la guarigione, anche funzionale, è completa.

Caso II. — B. A. di L., anni 28, contadino, entra in Ospedale il 2 marzo 1935. Durante il lavoro si è punto alla base plantare del mignolo del piede sinistro con l'estremità di un filo di ferro. È seguita suppurazione locale a cui ben presto ha tenuto dietro tumefazione al dorso del piede sinchè sul punto della ferita e poi in corrispondenza dell'estremità distale del quinto metatarso si sono formate spontaneamente due aperture. Sino a questo momento l'ammalato si è curato da solo e dall'uscita del pus ha pure ottenuto un sensibile miglioramento. Senonchè qualche giorno appresso essendo comparso un dolore alla regione renale destra ed essendosi accentuati il dolore e la tumefazione al piede accompagnati da brividi e febbre si è rivolto al proprio medico. Trascorso qualche altro giorno viene inviato all'ospedale oltrechè per la lesione del piede anche per sospetto di ascesso perirenale destro. Effettivamente la sindrome lombare appare molto probativa stante il dolore locale, l'elevazione termica preceduta da brivido, la dolorabilità del decorso dell'uretere destro ed un certo grado di tenesmo vescicale con orinazione urente; laddove le condizioni del piede non sono apparentemente molto gravi. Infatti l'ammalato soffre poco per questa lesione, il dorso del piede è parzialmente tumefatto e soltanto pavonazzo al disopra dell'anulare e del mignolo. Il mignolo è grosso arrossato e ruotato all'esterno, le due aperture formatesi spontaneamente sono turgide, beanti e bluastre. La palpazione suscita vivo dolore, si percepisce attrito tra i capi dell'articolazione metatarso falangea e con la specillazione si riscontra denudazione e distacco dell'articolazione. L'esame dell'orina e quello radiologico del rene risultano negativi. Rimane, pertanto, la diagnosi di osteoperiostite dell'articolazione metatarso falangea con usura dei capi articolari e setticemia concomitante.

Il giorno dopo l'accoglimento in ospedale, a distanza di circa un mese dall'avvenuto infortunio, si pratica l'iniezione endoarteriosa di 10 cc. di soluzione nella femorale subito al disopra dell'arcata femorale. L'ammalato denuncia un senso di calore in corrispondenza della parte malata del piede che presto si dilegua spegnendo anche quel poco dolore preesistente. La sera la febbre è pressochè immutata (39°,8) ma non compaiono i brividi. Due giorni appresso la temperatura è già molto ridotta e localmente si nota un ritorno alla colorazione normale ed una evidente diminuzione del gonfiore. Le condizioni nei giorni seguenti si rendono sempre più promettenti, tanto da farci abbandonare il proponimento dell' intervento cruento che ci eravamo proposti. Scomparso è pure il dolore della regione renale. Nove giorni dopo l'iniezione la febbre è totalmente scomparsa, la secrezione purulenta è divenuta sierosa, l'articolazione tende a consolidarsi, la cute è divenuta di aspetto normale ed il piede è rientrato nelle condizioni regolari.

A distanza di ventisette giorni dalla iniezione l'ammalato è dimesso completamente guarito con emianchilosi del mignolo.

Caso III. — S. E. di G., anni 25, contadina. Entra in Ospedale il 28 marzo 1935 per il riacutizzarsi del processo di artrosinovite tubercolare del gomito destro per il quale era stata ricoverata due anni prima e dimessa guarita con anchilosi retta del gomito. La radiografia dimostra la discreta usura dei capi articolari con grave interessamento dell'epitroclea e della testa del radio. Il gomito è molto tumefatto, la febbre è modica. L'ammalata si lamenta di vivi dolori spontaei per i quali era costretta a ricorrere ad oppiacei.

Il primo di aprile si pratica l'iniezione di 5 cc. di soluzione nell'omerale nel terzo superiore del

suo decorso Essa ha il vantaggio pressochè immediato di mitigare di molto il dolore spontaneo e di influire sullo stato infiammatorio sicchè nei giorni successivi la tumefazione si attenua e scompare sia l'arrossamento come l'aumentata temperatura locale. La febbre, del resto sempre modica anche precedentemente, pure scompare. Il miglioramento continua molto lentamente coadiuvato anche dalle cure jodiche e calciche ed è soltanto poco più di due mesi dopo che la lesione può dirsi guarita. L'ammalata, però, viene ancora trattenuta in ospedale per il fatto che coesiste una lesione pottica toraco-lombare per la quale si è dovuto ricorrere all'applicazione di un corsetto gessato.

CASO IV. — R. C. in F., anni 51, massaia. Il 2 maggio si è ferita nella regione palmare della mano destra con un coperchio di metallo in corrispondenza dello spazio interdigitale quarto per un tratto di circa due centimetri. Ne è conseguito flemmone diffuso della mano e della parte inferiore dell'avambraccio con linfangioite ascendente sino all'ascella. Il 15 maggio viene inviata all'ospedale ed oltre alle condizioni suddette si notano flittene sulla regione inferiore ed anteriore dell'avambraccio, forte tensione del palmo della mano e della regione radio metacarpica, gonfiore cospicuo di tutte le dita e specialmente dell'anulare e del mignolo che hanno pure colorito asfittico marchevole. Dalla ferita fuoriesce pus in discreta quantità. L'ammalata è molto sofferente e spossata, lamenta dolori vivi e continui che da più giorni non la lasciano riposare. La febbre, sempre alta, in questi ultimi giorni è salita sino a 40° con accentuato senso di freddo.

Lo stesso giorno si pratica l'iniezione nell'arteria omerale alla piega del gomito con 5 cc. di soluzione. La puntura non determina alcuna sensazione nell'ammalata che continua a lamentarsi pel dolore preesistente. Con la vista si può seguire la colorazione bluastra che assume tutta la parte tumefatta per la diffusione del violetto di genziana. Se ne deduce che non solo il liquido è penetrato sicuramente nell'arteria ma che profondamente i tessuti sono molto interessati ed i vasi molto costretti. Dopo neanche tre minuti dall'iniezione l'ammalata cessa di lamentarsi e si guarda attorno meravigliata; il dolore è completamente scomparso ed è subentrato un benessere inatteso. L'ammalata, che abita poco lontano dall'ospedale, ritorna volontieri al proprio domicilio per continuare la cura ambulatoriamente. Segue una notte calma e riposante. Il giorno dopo la febbre è discesa, il gonfiore è già attenuato, la piaga è viva, la secrezione purulenta più scarsa e fluida; l'ammalata non soffre nessun dolore ed è lieta di poter evitare gli sbrigliamenti per i quali era stata inviata. Soltanto la linfangioite non è modificata. In quarta giornata il gonfiore è pressochè scomparso, il colorito della cute è normale, la secrezione è siero purulenta, il polso, la mano e le dita possono già effettuare sufficienti movimenti, la febbre è completamente scomparsa. Si iniziano i maniluvi caldi con sali di Salso. Il 6 giugno l'ammalata è completamente guarita e può già accudire alle faccende domestiche con la mano pressochè interamente ripristinata

CASO V. — G. A. di S., anni 51, contadino. In seguito a scalfittura riportata sul lavoro in prossimità della radice del mignolo destro, regione dorsale, il 30 giugno comparve febbre e dolore e tumefazione della mano. Entra in Ospedale il 7 luglio. Febbre 39°,1, tumefazione intensa e diffusa a tutta la mano ed avambraccio destro con più spiccato interessamento del dorso della mano e della regione dorsale del polso ove la cute è più tesa ed i tessuti sottostanti più compatti.

L'ammalato si lamenta di dolori intensi. Vi sono tutte le indicazioni per un intervento immediato. Invece la stessa mattina si pratica l'iniezione nell'arteria omerale alla piega del gomito con 8 cc. di liquido. L'ammalato non accusa sensazione di sorta, ma pochi minuti dopo la puntura denunzia la scomparsa del dolore. Il giorno dopo la febbre diminuisce e si nota già il regresso dei fatti infiammatori. Cinque giorni dopo l'iniezione la mano e l'avambraccio sono ritornati pressochè nelle condizioni normali. Soltanto sulla regione esterna e dorsale della mano in prossimità del punto ove avvenne la ferita accidentale vi è una raccolta purulenta che si apre con incisione. Nei giorni seguenti la motilità si fa sempre più libera e la secrezione purulenta cessa. Il 3 agosto, dopo 27 giorni viene dimesso guarito ed in grado di riprendere il lavoro.

CASO VI. — P. D. in B., anni 28, massaia. Da otto giorni soffre di dolori intensi al ginocchio sinistro con modica febbre. Soltanto il 21 giugno si decide a farsi ricoverare. È affetta da artrite gonococcica del ginocchio sinistro che è tumefatto e dolorosissimo tanto spontaneamente ed ancor più alla palpazione ed ai minimi movimenti anche passivi. Reclama continuamente iniezioni di morfina a cui è già sottoposta da qualche giorno. Il 25 giugno si iniettano 10 cc. di soluzione nell'arteria femorale alla piega inguinale. L'ammalata non riesce a rilevare alcuna sensazione particolare tanto più che continua a lamentarsi spasmodicamente. A distanza di circa tre minuti il dolore cessa completamente con meraviglia dell'ammalata che poco dopo riceve i propri parenti manifestando tutta la sua gioia.

Nei giorni seguenti i dolori locali sono affatto modici e la febbre scompare completamente; il turgore e la distensione del ginocchio sono visibilmente attenuati e consentono già minimi movimenti attivi, malgrado la radiografia avesse dimostrato una parziale decalcificazione dei condili interni femorale e tibiale: è ritornato l'appetito e le condizioni generali sono buone.

Il 5 luglio il processo può dirsi ormai spento. Il ginocchio è quasi interamente sgonfio, la cute soprastante è avvizzita, la mobilità attiva e passiva progredisce giornalmente. Non rimane che ripristinare i movimenti e già l'ammalata può scendere liberamente dal letto per i propri bisogni. Se non che, a datare dal 6 luglio l'inferma accusa malessere, inappetenza, cefalea e compare febbre discreta con lingua patinosa, arida ed arrossata. La siero diagnosi e la vaccino diagnosi accertano la presenza di paratifo. La malattia, malgrado il carattere di gravità, ha un decorso benigno; sicchè l'11 agosto l'ammalata entra in convalescenza.

Il ginocchio. durante lo svolgersi del paratifo, non ha risentito alcun danno dalla sopraggiunta infezione ma si è dovuto necessariamente sottrarlo alle cure di riattivazione a cui era già sottoposto. Alla fine di agosto l'ammalata poteva

abbandonare l'ospedale completamente guarita. Permaneva soltanto una modica limitazione dei movimenti articolari del ginocchio suscettibile di scomparire.

CASO VII. — D. A. di E., anni 19. Operato tre anni prima di sequestrotomia della tibia destra per osteomielite era guarito completamente e per circa un anno era stato bene. Allora, però, la ferita si era riaperta sulla estremità inferiore lasciando secernere modico pus. A più riprese il fenomeno si era riprodotto sinchè si era stabilita una fistola permanente. Il 28 giugno deciso di liberarsi da questo inconveniente chiede di farsi operare; tantoppiù che da oltre un mese la secrezione è aumentata, la zona periferica alla fistola si presenta infiltrata ed arrossata e provoca un certo grado di dolore spontaneo.

La vecchia cicatrice è sulla parte mediana della diafisi tibiale e pressochè all'estremo inferiore di essa esiste l'orificio della fistola, piccolo con margini turgidi e vegetanti. Il tragitto è breve ed irregolare ed attraverso ad esso lo specillo raggiunge la superficie ossea denudata e scabrosa.

Lo stesso giorno si pratica l'iniezione di 10 cc. di liquido nell'arteria femorale alla piega dell'inguine. L'ammalato avverte soltanto un vago senso di calore che sparisce rapidamente insieme al lieve dolore che prima soffriva. Dopo una decina di minuti di giacenza sul letto di medicazione si rimanda a domicilio. Visitato due giorni appresso si nota che la secrezione è alquanto diminuita e più sierosa, lo stato infiammatorio attenuato e con esso pure l'infiltrazione delle parti molli e la turgescenza ed irregolarità dello sbocco fistoloso.

A giorni alterni l'ammalato viene a farsi visitare e si constata il progressivo e rapido miglioramento. Tredici giorni dopo l'iniezione la fistola si è spontaneamente cicatrizzata senza l'aiuto di altre cure od interventi, protetta soltanto da garza sterile e poi da cerotto.

CASO VIII. — Z. C. di S., anni 29. Il 27 luglio si è punta con filo di ferro nella parte palmare della terza falange dell'anulare della mano destra a cui è seguito dapprima flemmone del dito e poi di tutta la mano. Dal medico curante, al proprio domicilio, le è stata praticata una prima incisione al dito anulare il 31 luglio e poi una seconda incisione, per prolungare la precedente verso il palmo della mano, il 1° agosto. Ciò malgrado il processo non si arresta; il flemmone si diffonde a tutto l'avambraccio, i dolori si fanno più intensi, la febbre sale ed insorgono brividi. Il 4 agosto l'ammalata viene ricoverata in ospedale e lo stesso giorno le si pratica una iniezione di 8 cc. di liquido nell'arteria omerale destra.

Nessuna sensazione speciale; il dolore spontaneo cessa circa due miuti dopo l'iniezione. La sera la temperatura è di 39°,8 ma la malata è tranquilla e passa una notte senza dolori ed in completo riposo. Il giorno dopo la tumefazione comincia a ridursi, la secrezione purulenta è abbondante, non vi sono dolori. Alla sera la temperatura è di 37°,6. Nel punto ove è stata praticata l'iniezione si nota una reazione linfangitica che scompare dopo quattro giorni con impacchi locali.

Nei giorni seguenti il miglioramento è rapido e progressivo, la secrezione più scarsa e siero purulenta. Il 12 agosto l'infiltrazione flemmonosa è scomparsa, la cute è avvizzita, il colorito dell'arto è normale, la secrezione è sierosa e scarsa; soltanto il dito anulare conserva un leggero stato edematoso. La ferita operatoria si è appiattita, ha colorito vivo e granuleggia normalmente.

In quattordicesima giornata l'ammalata viene dimessa per continuare le ultime medicazioni a domicilio. Visitata trentuno giorni dopo l'iniezione la guarigione è completa. Permane soltanto una lieve limitazione della flessione dell'indice e dell'anulare facilmente superabile.

CASO IX. — C. R. in B., anni 24. Viene inviata d'urgenza all'ospedale per esservi accolta. Essa è affetta da patereccio osseo della prima falange del pollice della mano destra con infiltrazione flemmonosa dello stesso dito e del palmo della mano.

Feritasi con una spina di pesce 19 giorni prima si era gradatamente manifestato il patereccio. Il 28 luglio il proprio medico le aveva praticata una incisione sul lato palmare dell'ultima falange a cui, tranne un miglioramento nel primo giorno, era seguita l'infiltrazione flemmonosa di tutto il pollice e del palmo della mano con aumento della febbre e dei dolori. Perciò l'ammalata si presentava in ospedale il 4 agosto per restarvi.

Lo stesso giorno si praticò l'iniezione di 5 cc. di soluzione nell'arteria omerale destra. L'ammalata avverte un senso di calore diffuso all'arto e subito dopo palesa la cessazione completa di ogni dolore. La sua meraviglia è tale che essa stessa chiede di poter rientrare al proprio domicilio perchè non soffre più e perchè non si ritiene di praticarle l'intervento operativo per il quale era stata mandata dal suo Comune. Le si concede, invece, di recarsi presso un suo parente in paese.

La notte è stata buona; la febbre di 38°,8. Il giorno dopo persiste l'assenza del dolore, la secrezione purulenta è abbondante, le condizioni locali possono dirsi invariate. Una nuova specillazione conferma la grave usura della prima falange e l'interessamento dell'articolazione e della testa della seconda falange. La sera la temperatura è di 37°,8.

Al terzo giorno le condizioni sono migliorate. La tumefazione è diminuita, la cute tende al colorito normale. Non vi è dolore. Temperatura 37°,4.

Nei giorni seguenti il miglioramento è evidente, l'infiltrazione regredisce sensibilmente, la secrezione è più scarsa, la ferita operatoria ha perduto l'aspetto necrotico.

In decima giornata i residui della infezione sono limitati al solo pollice ove ancora esiste una lieve tumefazione.

In tredicesima giornata tutto è ritornato al normale ad eccezione della regione del polpastrello in cui permane la ferita tuttora beante ma ristretta ed appianata. La secrezione è minima e sierosa. La mobilità articolare divenuta normale al polso, alla mano ed alla giuntura metacarpo falangea è ancora limitata all'articolazione interfalangea. L'ammalata ritorna al proprio paese. Ventinove giorni dopo è perfettamente guarita.

CASO X. — S. C. in B., anni 67. In seguito a scalfittura del palmo della mano sinistra che l'ammalata ha insistentemente grattato con le unghie per il prurito che le cagionava, si è manifestato flemmone. La malattia data da 10 giorni e si è manifestata rapidamente ed intensamente, tanto che il medico curante ha già dovuto praticare un'in-

cisione al palmo della mano. Ciò malgrado, poichè si è avuto un peggioramento marcato la mattina del 22 agosto lo stesso medico curante accompagna l'ammalata perchè sia provveduto a sbrigliamenti dorsali e palmari anche dell'avambraccio.

L'ammalata è molto sofferente pel dolore e per la prolungata insonnia. Mano ed avambraccio sono fortemente gonfi, tesi e duri, di colorito pavonazzo. Vi è sempre stata febbre alta accentuatasi ancor dippiù nella sera precedente in cui i brividi si sono manifestati con maggiore intensità. Vi sono tutte le indicazioni per un intervento immediato al quale si soprassiede soltanto per la fiducia nella iniezione endoarteriale.

La stessa mattina del 22 agosto si pratica l'iniezione di 6 cc. di soluzione nell'arteria omerale alla piega del gomito. L'ammalata avverte senso di calore all'arto e poco dopo dichiara scomparso ogni dolore. A richiesta dei famigliari si consente a lasciar rincasare l'ammalata avvertendo il medico che qualora le condizioni non si siano mutate entro due giorni riconduca l'inferma.

Come poi ha riferito lo stesso medico, la febbre è caduta, la tumefazione è gradatamente scomparsa, la secrezione si è sempre più attenuata, i dolori non sono più insorti e l'ammalata, già dopo 18 giorni, poteva accudire liberamente a tutte le faccende domestiche essendo residuato soltanto una lieve limitazione della flessione delle dita. In trentunesima giornata la guarigione era assoluta anche funzionalmente.

I casi riportati, sia pure in numero modesto, dimostrano chiaramente la efficacia delle iniezioni endoarteriose di violetto di genziana nelle infiammazioni acute e croniche degli arti. Flemmoni, paterecci, fistole ossee, che di solito richiedono l'azione cruenta del chirurgo, abbisognano di lungo trattamento e lasciano minorazioni funzionali non indifferenti, si risolvono in brevissimo tempo, non richiedono interventi (o soltanto un limitato intervento in particolari casi) e non lasciano reliquati degni di nota. Oltre a questo la benefica azione della puntura si manifesta con tale rapidità sull'elemento dolore e febbrile, sulla regressione infiammatoria e settica e sul benessere individuale da costituire un'arma preziosissima nella terapia. Noi non abbiamo ancora avuta occasione di dover trattare casi dell'importanza di quelli citati dai precedenti AA. ma riteniamo che la nostra breve casistica è già sufficiente a confermare il valore di queste iniezioni ed a farci prevedere che in casi consimili saranno parimenti sorprendenti i risultati che potremo ottenere.

Circa la tecnica a cui attenersi per procedere all'iniezione si può dire che le modalità di essa sono semplici e non offrono difficoltà. Si possono così riassumere: Sterilizzazione di una siringa e di un comune ago da iniezione avente la punta piuttosto breve; disinfezione della cute. Identificare l'arteria omerale nella regione anteriore ed interna della piega del gomito, o l'arteria femorale nella piega dell'inguine, fissandole opportunamente con l'indice ed il medio della mano sinistra. Infissione dell'ago nel senso della corrente arteriosa o, eventualmente, anche opposta. Si sarà sicuri di essere penetrati nell'arteria vedendo uscire sangue schiettamente arterioso. L'ago va tenuto pressocchè parallelo al vaso e manovrato con decisione ma anche con riguardo per non maltrattare l'arteria e soprattutto per non perforarla sul lato opposto o ledere l'endotelio. Innestata la siringa si praticherà l'iniezione lentamente. Estratto l'ago si massaggerà modicamente la parte con pezzuola intrisa di alcool che varrà pure ad allontanare la parte colorante ed il sangue circostanti.

La quantità di liquido che normalmente si deve iniettare è di 5 cmc. per l'arto superiore e di 10 cmc. per quello inferiore. Tale quantità, però, può impunemente essere sorpassata, tenendo soprattutto presente l'estensione e la gravità dell'infezione. Così pure, per quanto più indaginosa, l'iniezione potrà praticarsi, al polso, nell'arteria radiale, nel decorso superiore dell'omerale od altri territori delle arterie, se questo si ritiene necessario. Praticamente risponde meglio, anche ai fini di una più completa e sicura disinfezione, l'iniezione eseguita nei due punti di elezione suddetti.

Controindicazioni non ve ne sono se non quando esiste trombosi; ma anche in questi casi, come asseriscono gli AA., se vi è cangrena settica l'iniezione varrà ad arrestare il processo infettivo, a raffreddarlo, e consentire con più sicuro successo l'intervento demolitore.

All'iniezione segue di solito la colorazione bluastra dell'arto che in qualche ora sparisce. Tale colorazione, però, non è sempre ugualmente intensa nè sempre visibile. Ciò è, evidentemente, in rapporto con lo stato congestivo e l'alterata circolazione. Comunque, quando la colorazione è evidente, serve a confermare che il liquido è stato realmente introdotto nell'arteria.

RIASSUNTO.

L'A. tratta dell'importanza delle iniezioni endoarteriose con soluzione di violetto di genziana nelle infezioni degli arti, impiegate da AA. francesi. Espone le ragioni per cui ha creduto di portare una lieve modifica alla suddetta formula e riporta una casistica di 10 casi gravi che confermano i sorprendenti risultati

ottenuti dagli AA. francesi. Descrive la tecnica ed unisce la bibliografia.

BIBLIOGRAFIA.

REYNALDO DOS SANTO. *Sur les In. End.* Società di Scienze Mediche, Lisbona, 1929.

LAMAS. Congresso di Chirurgia francese, Parigi, 1930.

LERICHE. Ibid., Parigi, 1930.

PALMIERI. Riforma Medica, 1934.

GOINARD. *Anestesia per via arteriale.* Boll. Médicale Soc. Nat. Chir., n. 60, p. 1362, 1934.

GOINARD-BARDENAT-BOURGEON. *Etude sur l'état circulatoire périphérique au point de vue chirurgical.* Algérie Médicale, oct. 1934, p. 661.

GOINARD, PIETRI, MONDZAIN-LEMAIRE. *Iniections antiseptiques intra-artérielles.* La Presse Médicale, n. 5, 1935, p. 83.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DI S. SPIRITO - ROMA
REPARTO CHIRURGICO diretto dal prof. G. EGIDI.

Perforazioni nel tifo addominale

per il dott. STIPA FRANCO, aiuto chirurgo.

Fra le varie complicazioni del tifo, la più grave è certamente la perforazione: e su questa complicazione è nostra intenzione richiamare l'attenzione dei colleghi in questa breve nota, riportando l'esperienza dei casi caduti sotto l'osservazione del reparto chirurgico di S. Spirito nella recente epidemia.

CASO I. — G. D., giovanetto di anni 15, in ventesima giornata di malattia. Dolori addominali fino dal mattino precedente. Visto il malato alla mezzanotte. Condizioni generali gravissime. Polso incontabile, respiro dispnoico, temperatura 38°,5. Difesa muscolare e dolore fortissimi, scomparsa dell'aia di ottusità epatica. Segni di versamento libero nell'addome.

All'intervento (dott. Stipa), fuoriuscita di gas abbondante e di liquido di odore fecaloide all'apertura del peritoneo. Due perforazioni, distanti due centimetri l'una dall'altra; una puntiforme, l'altra del diametro di mezzo centimetro, a circa 20 centimetri dalla valvola.

Sutura in catgut, affondamento in due strati in seta. Tamponamento del Douglas e dello spazio parieto-colico.

Deceduto dopo sedici ore.

CASO II. — M. S., di anni 30. È in dodicesima giornata; dolori lievi da ieri sera; visto alle ore diciannove. Condizioni generali gravi, polso 140, temperatura 39. L'addome non si espande cogli atti del respiro; forte difesa muscolare e modico dolore. Radiogramma positivo per presenza d'aria nel peritoneo. All'operazione (dott. Stipa) grande quantità di liquido giallastro all'apertura del peritoneo. Perforazione come un soldo moderno proprio all'imbocco dell'ultima ansa nel cieco. Trattamento della perforazione nel modo solito. Svolgendo l'ultima ansa si vedono due placche di Peyer tumefatte e brunastre, a venticinque centimetri dalla valvola, e si affondano; tampone di garza jodoformica nel Douglas e nello spazio parieto-colico.

Deceduto dopo dieci ore.

CASO III. — G. A., di anni 55; è in ventesima giornata di malattia; alle sei della mattina dolori modici; visto il malato a mezzogiorno; condizioni generali discrete; polso 126, temperatura 39°; difesa modica nella fossa iliaca destra e modico dolore. Radiografia negativa per presenza d'aria nel peritoneo. All'operazione (prof. Egidi), modica quantità di liquido giallo torbido nel peritoneo.

A quindici centimetri dal cieco, in una zona ispessita e brunastra corrispondente a una placca di Peyer, foro di un millimetro di diametro da cui fuoriesce materiale giallastro: a qualche centimetro al di sopra altre due placche appaiono gonfie e nerastre. Affondamento dell'ulcera perforata e delle due placche vicine alla perforazione. Tamponamento.

Deceduto dopo tre giorni di enterorragia, alla quale non giovò una abbondante trasfusione.

CASO IV. — V. L., di anni trentacinque; è in diciottesima giornata. Alle ore dieci dolori notevoli, poi subito calmati. Visto il P. alle ore 15: condizioni generali discrete; polso 110, temperatura 39°. Addome: si espande bene cogli atti del respiro: scarsa difesa e scarso dolore nella fossa iliaca destra. Radiogramma positivo per presenza d'aria nel peritoneo. All'operazione (dott. Stipa) si trova modica quantità di liquido libero giallastro nel peritoneo; la perforazione è a 20 centimetri dalla valvola, di un millimetro di diametro; chiusura nel modo solito, tamponamento.

Guarigione.

CASO V. — C. M., di anni 28; è in quattordicesima giornata. Ha avuto forti dolori alle ore nove; visto il malato alle ore 13; stato generale buono, polso 110, temperatura 39°, addome immobile negli atti del respiro, fortissima difesa muscolare e forte dolore. Radiogramma negativo per presenza d'aria. All'operazione (dott. Stipa) scarso liquido libero giallastro all'apertura del peritoneo; la perforazione è a sei centimetri dalla valvola ed è puntiforme; chisura della perforazione; chiusura totale.

È stato abbastanza bene per 11 giorni; al 12° sono insorti dolori e vomito. Rioperato si è trovato un versamento purulento libero nel peritoneo. La vecchia sutura appariva in buone condizioni, non si è riusciti a trovare altre perforazioni.

Deceduto dopo dieci ore.

CASO VI. — Q. A., di ani 27, è in ventesima giornata. Alle undici dolori nella fossa iliaca destra violenti. Visto dopo tre quarti d'ora. Condizioni generali discrete, polso 110, temperatura 39; radiogramma positivo per presenza d'aria nel peritoneo. All'operazione (dott. De Lollis) scarso liquido sieroso all'apertura del peritoneo; perforazione a dieci centimetri dalla valvola, di un millimetro di diametro circa. Chiusura nel modo solito, tamponamento.

Guarigione.

CASO VII. — G. D., donna, di anni 25. Viene direttamente dalla sua abitazione e non si riesce

a sapere con precisione la data d'inizio della malattia. Dolori 24 ore fa. Si fa ricoverare perchè i dolori sono aumentati. Stato generale grave, polso 140, temperatura 39°,5; forte dolore e forte difesa muscolare, scomparsa dell'aia di ottusità epatica.

All'operazione (dott. Stipa) liquido libero sieropurulento e gas nel peritoneo. La perforazione è a 15 centimetri dalla valvola del diametro di circa mezzo centimetro. Chiusura della perforazione e tamponamento.

Deceduta dopo 14 ore.

CASO VIII. — Donna, di anni 16, È in dodicesima giornata di malattia; cinque ore fa dolori addominali; ha vomitato. Condizioni generali discrete, difesa muscolare modica, modico dolore nella fossa iliaca destra. Non scomparsa dell'aia di ottusità epatica.

All'operazione (dott. Stipa) scarso liquido emorragico nel peritoneo. Si nota una infiltrazione circolare dell'ultima ansa in prossimità del cieco e per una lunghezza di circa 4 centimetri; l'ansa è di colorito bluastro. Il mesentere mostra una grossa ghiandola di colorito bluastro. Si svolgono ancora 50 centimetri di tenue senza trovare altre alterazioni.

Guarigione.

CASO IX. — B. G., donna, di anni 12. Ha avuto altre volte minaccia di perforazione che si è potuta sempre escludere; è in diciottesima giornata di malattia. Ieri mattina ha avuto una grave enterorragia; ha cominciato ad aver dolore ieri alle 14; vista oggi alle ore 13. Soggetto profondamente anemizzato, in condizioni generali gravi; polso 120, temp. 38°5; scarsa mobilità respiratoria del ventre. Forte difesa muscolare e dolore vivo nella fossa iliaca destra; scomparsa dell'aia d'ottusità epatica; radiografia positiva per la bolla d'aria. All'operazione (dott. Stipa) gas e liquido giallastro alla apertura del peritoneo. Grossa perforazione di mezzo centimetro di diametro a 13 centimetri dalla valvola. Chiusura nel modo solito. Si affonda un'altra placca di Peyer prossima perforarsi a 4 centimetri dalla prima in senso centripeto; altra a sei centimetri in senso centrifugo.

Deceduta dopo 30 ore.

CASO X. — C. S., di anni 25, uomo. Ieri mattina dolori addominali (è in quindicesima giornata); visto il malato alle ore dieci di oggi. Condizioni generali gravi, polso 140, temp. 39°, forte difesa muscolare e forte dolore alla palpazione.

All'operazione (prof. Egidi) abbondante liquido giallastro libero. Perforazione di mezzo centimetro di diametro a trenta centimetri dalla valvola. Affondamento nel modo solito e tamponamento.

Deceduto dopo 5 giorni. All'autopsia si è trovata la sutura in buone condizioni; un'altra perforazione a dieci centimetri dalla prima in senso centrifugo.

CASO XI. — A. M., bambina, di anni 9. È in trentesima giornata di malattia; aveva sfebbrato da 4 giorni. Chiamato in casa a mezzogiorno. I dolori sono cominciati ieri alle 7.

Stato generale grave, polso 125, forte difesa muscolare, forte dolore. Scomparsa dell'aia di ottusità epatica. Operata alle tredici a domicilio. Liquido sieroso-torbido con fiocchi di fibrina all'apertura del peritoneo. Perforazione a 10 centimetri dalla valvola, di mezzo centimetro di diametro. Chiusura della perforazione, tamponamento.

Deceduta al mattino seguente.

CASO XII. — M. G., di anni 27, donna. È in 25ª giornata. Stamattina improvvisamente dolori addominali violenti. Vista la P. alle ore 15.

Condizioni generali gravi, polso 140, temperatura 36°,5; l'addome si espande poco cogli atti del respiro, notevole difesa muscolare e notevole dolore nella fossa iliaca destra; non scomparsa dell'aia epatica. Il radiogramma è negativo per presenza d'aria.

All'operazione (dott. Stipa) non liquido libero nel peritoneo, non perforazione; a venti centimetri dalla valvola, placca di Peyer tumefatta, rossoscura che si affonda.

Guarigione.

CASO XIII. — G. A., donna di anni 25. È al 22° giorno di malattia. Due giorni fa dolori addominali, che in seguito si sono attutiti. Vista la malata in casa alle ore 15. Condizioni generali gravi; polso 120, temp. 39°; l'addome non si espande cogli atti del respiro. Dolore vivo nella fossa iliaca destra (non ostante la morfina). Difesa muscolare universale. Scomparsa dell'aia di ottusità epatica. All'operazione (dott. Stipa) eseguita a domicilio, liquido libero giallastro abbondante con fibrina nel peritoneo. Perforazione di mezzo centimetro di diametro a 20 centimetri dalla valvola. Chiusura di essa e tamponamento.

Deceduta dopo tre giorni.

CASO XIV. — D. R., donna di anni 18. È in trentaduesima giornata; da 4 ore dolori addominali. Condizioni generali discrete; polso 100; temp. 39°; l'addome si espande cogli atti del respiro. Duole la fossa iliaca destra con i colpi di tosse. Alla palpazione scarso dolore e non difesa.

All'operazione (dott. Stipa) non liquido libero all'apertura del peritoneo, appendice turgida, corta. Ispessimento della parete anteriore dell'ultima ansa a tre centimetri dal cieco, di colorito scuro; si affonda. Chiusura totale.

È stata bene per 10 giorni, la mattina dell'undicesimo attacco di edema polmonare; nel pomeriggio è deceduta con un attacco più grave.

CASO XV. — M. G., donna di anni 30. È in trentaduesima giornata. Chiamato a domicilio della P. per eseguire una trasfusione di sangue. I parenti dicono che 4 giorni fa ha avuto grave enterorragia e dolori addominali; ha avuto ieri una trasfusione di 800 cmc. Condizioni generali gravissime, lingua secca, polso 140°, vomito biliare frequentissimo, singhiozzo. Difesa muscolare fortissima. Dolore vivo in tutti i quadranti.

Non operata, deceduta poche ore dopo.

CASO XVI. — P. E., uomo di anni 30. È in 35° giorno di malattia; ha miocardite in atto con iposistolia. Flebite dell'arto inferiore destro. Broncopolmonite. Da ieri sera dolori addominali. Condizioni generali gravissime, polso 140, temp. 39°, difesa muscolare fortissima e forti dolori; scomparsa dell'aia di ottusità epatica.

Si giudica inoperabile. Deceduto dopo 26 ore.

CASI XVII-XVIII. — Riguardano due malati operati dal dott. De Lollis con sindrome chiara da perforazione, con abbondante liquido libero gial-

lastro nel peritoneo; le perforazioni erano situate negli ultimi 20 centimetri del tenue.

Deceduti entro i due giorni dall'intervento.

CASO XIX. — Riguarda un altro malato operato dal dott. De Lollis con sindrome dubbia e che all'atto operativo risultò non perforato. Vive dopo 30 giorni.

CASI XX-XXI-XXII. — Riguardano tre malati operati privatamente dal prof. Egidi, il quale gentilmente mi ha concesso di renderli noti: tutti e tre con sindrome chiara da perforazione. All'atto operativo fu trovato abbondanza di liquido giallastro nel peritoneo e perforazione negli ultimi 30 centimetri del tenue.

Entrambi sono morti entro i tre giorni.

CASO XXIII. — Riguarda un'altra malata operata privatamente dal prof. Egidi. C. L. di a. 24. È in 32ª giornata di malattia. Vomito. Dolori e contrattura. Polso 135. Temperatura 38°,5.

All'operazione, liquido siero emorragico libero (mezzo litro circa). Aspetto iperemico delle ultime anse dell'ileo e turgore e arrossamento in corrispondenza delle placche di Peyer. L'intestino esplorato per oltre due metri non presenta perforazioni. Chiusura totale. Morta dopo un mese, con addome in buone condizioni.

CASI XXIV-XXV-XXVI. — Riguardano tre malati giunti in ospedale in condizioni agoniche e nei quali la perforazione fu trovata al tavolo anatomico.

CASO XXVII. — Riguarda un altro malato operato dal dott. De Lollis in 30° giorno di malattia con sindrome chiara di perforazione; particolarità molto importante da notare è che la perforazione era situata a due metri e 50 dal cieco. Guarigione.

CASO XXVIII. — S. F., uomo di 35 anni; è in 34° giorno; dolori da tre giorni, però intensi da questa mattina. Condizioni generali discrete, polso 110, temp. 36°,5. Addome meteorico, dolore vivo e difesa nella fossa iliaca destra. Radiogramma positivo per la bolla d'aria. All'atto operatorio (dott. Stipa) liquido libero non abbondante, giallastro nel peritoneo. Perforazione a 40 centimetri dalla valvola, puntiforme. Tamponamento.

Guarigione.

CASO XXIX. — M. G., Viene inviato all'ospedale dal medico curante con diagnosi di perforazione. Pare abbia avuto dolori due giorni fa. Il polso è incontabile, temp. 38°, dolore e difesa vivissimi, scomparsa dell'aia di ottusità epatica. All'atto operativo (dott. De Lollis) liquido libero purulento in abbondanza nel peritoneo. Tre perforazioni distanti due centimetri l'una dall'altra negli ultimi 50 centimetri del tenue. Deceduto dopo 10 ore.

CASO XXX. — R. G., è in 53° giorno di malattia; dice di avere cominciato ad avvertire dolori alle 10. Visto alle 16,30. Condizioni generali gravi, polso 120, temp. 39°,9. L'addome si espande, ma poco cogli atti del respiro. Dolore vivissimo nella fossa iliaca destra. Difesa muscolare scarsa. Scomparsa dell'aia di ottusità epatica. Radiogramma positivo per la bolla d'aria. All'operazione (dott. Stipa) liquido abbondante e giallastro nel peritoneo; perforazione a 60 cm. dal cieco di un millimetro di diametro. Tamponamento. Deceduto al 4° giorno per insufficienza cardiaca. Condizioni dell'addome buone.

CASO XXXI. — Donna di 14 anni; è in 25° giorno. Tre giorni fa enterorragia; nel pomeriggio di ieri dolori addominali, alle 18 di oggi vomito; vista l'ammalata alle ore 21. Condizioni generali gravi, polso 130, piccolo e molle; respiro dispnoico, temp. 35°,4. Difesa fortissima e totale; dolore vivo nella fossa iliaca destra. Radiogramma mal riuscito. All'operazione (dott. De Lollis) liquido abbondante giallastro misto a gas all'apertura del peritoneo. Perforazione a 20 centimetri dal cieco di mezzo cm. di diametro. Deceduta dopo due giorni.

CASO XXXII. — Riguarda un'ammalata operata dal dott. De Lollis, tifosa in 20ª giornata con sindrome chiara da perforazione. All'atto operativo si è trovata una perforazione puntiforme nella metà dell'appendice. Guarigione.

CASI XXXIII-XXXIV. — Altri due malati sono stati operati recentissimamente. Sindromi chiare di perforazione. Sono in vita dopo due giorni, ma in gravissime condizioni.

Questa breve statistica è tanto chiara di per sè che non ha bisogno di ulteriori illustrazioni: e il dottrinale sulle perforazioni nel decorso del tifo è talmente vasto e ben descritto su ogni trattato, che non è nostra intenzione ripeterlo su questa nota. Su tre punti però ci sembra importante di richiamare la attenzione.

I) sulla diagnosi;

II) sulla indicazione all'intervento;

III) sul modo di eseguire l'intervento.

I) *La tecnica operativa* è presto detta: anestesia locale. Piccolo taglio di Mac Burney. Incisione della aponevrosi del grande obliquo in senso parallelo al decorso delle fibre. Dissociazione del piccolo obliquo e del trasverso; apertura del peritoneo; aspirazione del liquido; riconoscimento dell'ultima ansa ileale e svolgimento di essa fino a trovare la perforazione, che di regola non è più lontana di 30 40 centimetri dalla valvola ileo-cecale. Sutura della perforazione in senso trasversale al maggior asse dell'intestino in catgut; affondamento in due piani in seta. Tamponamento del Douglas e dello spazio parieto-colico.

Il tutto con cautela, lentezza, semplicità.

II) *Diagnosi.* Chi ha dato uno sguardo alle radiografie riprodotte, ha visto con quanta sicurezza si è potuta porre la diagnosi di perforazione in taluni casi, mediante il radiogramma che ha mostrato la presenza di aria nel peritoneo. Questa indagine non è certo cosa nuova. Quattro anni fa, nel congresso Nazionale di Chirurgia tenutosi in Roma, il Relatore sulle peritoniti acute svolse ampiamente questa parte, approvato nelle successive discussioni dai più autorevoli membri partecipanti al Congresso. Mi limito dunque a ri-

chiamare ancora l'attenzione dei colleghi sull'importanza di essa.

Nei nostri malati la radiografia è stata eseguita nel Gabinetto Radiologico Centrale, avendo gran cura nel trasporto dei pazienti; sarebbe però desiderabile che ogni reparto fosse provvisto di un apparecchio portatile per eseguire radiografie a letto.

È chiaro che con la presenza di aria nel peritoneo, dimostrata radiograficamente, sulla diagnosi non si discute più, anche se gli altri sintomi sono quasi assenti.

Il radiogramma n. 3 riguarda un malato proveniente dal reparto medico diretto dal prof. Sforza; in questo caso avremmo certamente aspettato a proporre l'intervento per la scarsezza dei sintomi, se il pneumoperitoneo non ci avesse fatto correre immediatamente ai ripari.

In altri casi il radiogramma ha confermato una diagnosi già chiara clinicamente; in altri ancora, con diagnosi dubbia di perforazione, esso è risultato non positivo e all'intervento la perforazione esisteva.

Tanta è dunque l'importanza di un radiogramma positivo quanto nulla è quella di uno negativo.

Il dolore e la difesa mantengono il loro immutato valore. Riguardo al dolore non bisogna aspettarsi sempre il classico racconto del « colpo di pugnale »; se c'è stato tanto meglio. Il dolore può essere scarso, provocato solamente con le forti pressioni nella fossa iliaca destra.

Anche la difesa può essere molto scarsa.

La mobilità respiratoria dei muscoli addominali può essere conservata; naturalmente parlo dei casi iniziali e non di quelli in fase di peritonite conclamata, nei quali sono presenti tutti i segni grandi e piccoli conosciuti nelle peritoniti acute.

La scomparsa dell'aia di ottusità epatica ha l'equivalente col pneumoperitoneo e ne abbiamo già parlato.

La caduta della temperatura nei nostri casi non ha avuto grande importanza.

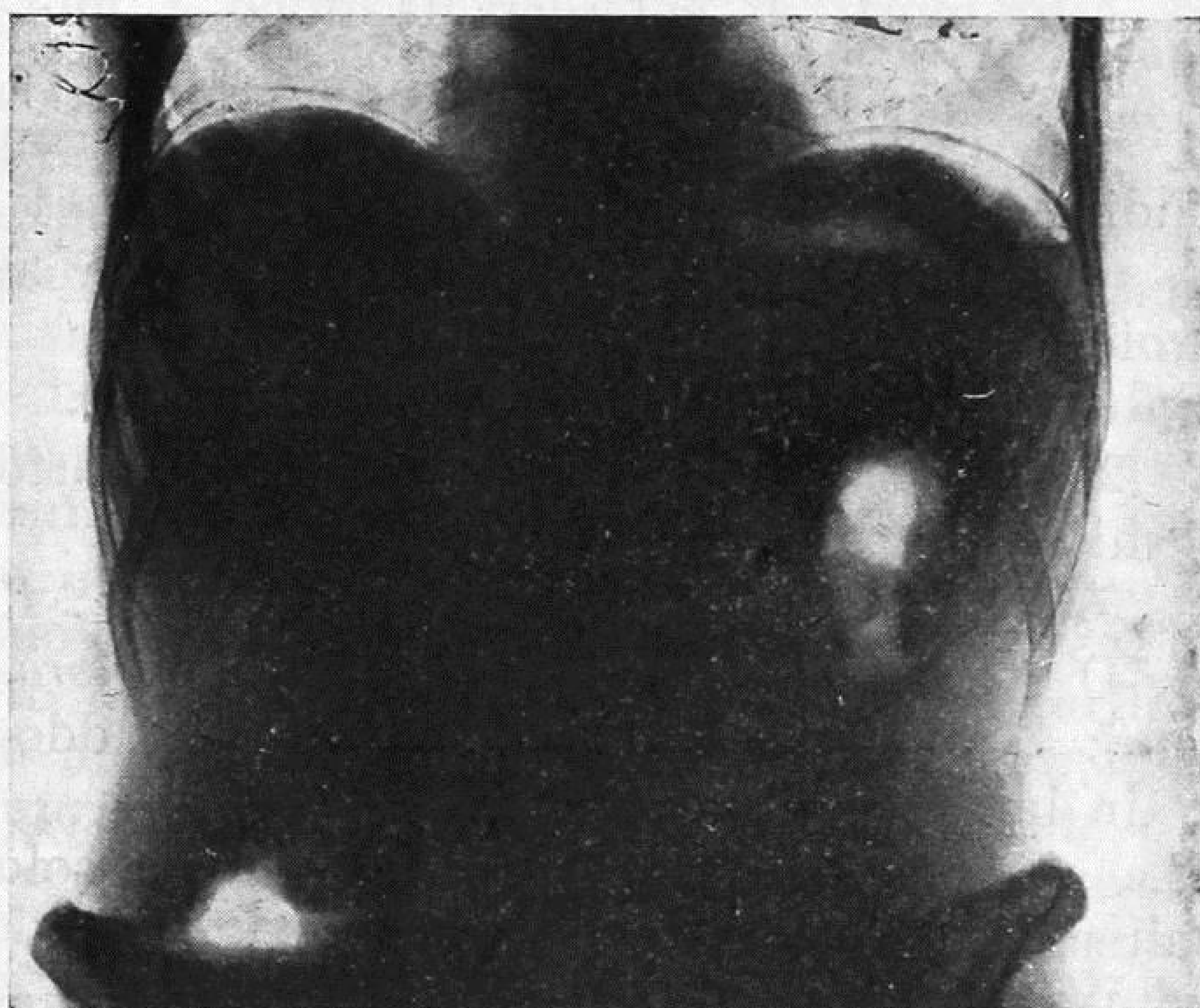
La diagnosi dunque inizialmente non è sempre facile.

Questa difficoltà di diagnosi iniziale giustifica la larghezza delle indicazioni operatorie.

III) *Indicazioni operatorie*. È meglio esplorare un addome non perforato che lasciarne passare uno perforato.

Poichè, secondo il nostro modo di vedere, l'intervento condotto con giusta tecnica non è più traumatizzante di una puntura esplorativa.

Solo operando nelle primissime ore c'è la possibilità della salvezza.



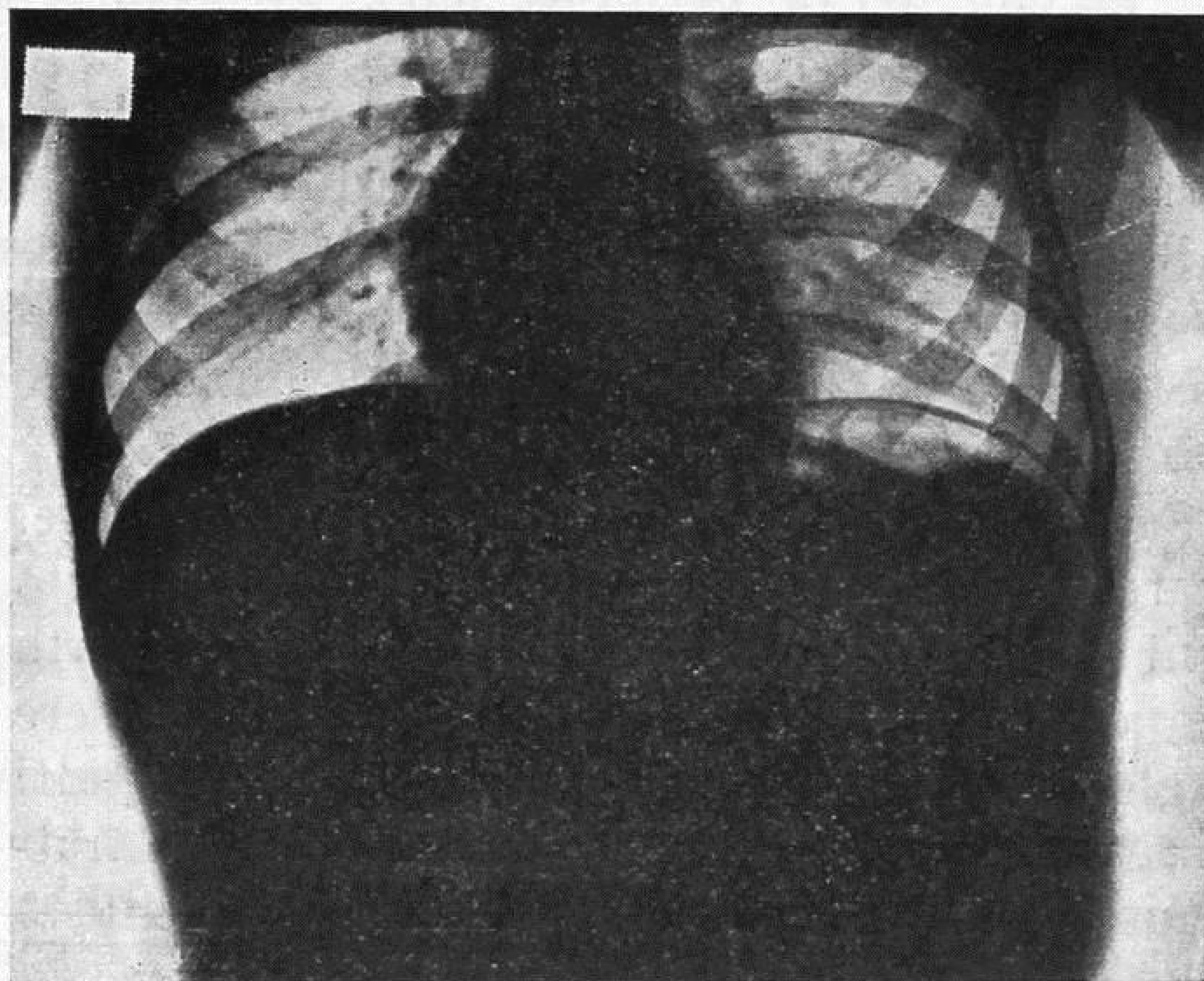




Figure I, II, III. — Si vedono chiaramente le bolle d'aria subfreniche.

Diamo uno sguardo alla nostra statistica:

1) *Perforati*: 22 (esclusi gli ultimi due,

sui quali è prematuro esprimere un giudizio definitivo).

a) morti di peritonite: 13;

b) morti di enterorragia dopo 4 giorni: 1;

c) morti di tifo (dopo i tre giorni con condizioni dell'addome buone): 2;

d) di nuova perforazione controllata al tavolo anatomico: 1;

e) guariti: 5.

2) *Esplorati*: 5; 4 guariti ed uno morto di miocardite dopo 11 giorni.

3) *Non operati perchè in istato agonico*: 4.

4) *Peritonite emorragica senza perforazione*: 1, morta di tifo dopo 16 giorni (addome in buone condizioni).

Le cifre parlano di per sè. Ci preme solo mettere in rilievo tre dati di fatto:

1) che di 3 perforati nelle prime cinque ore, 2 sono guariti;

2) che di 19 perforati dopo 10 ore, tre soli sono guariti;

3) che dei cinque esplorati uno solo è morto dopo 11 giorni, di miocardite.

Risulta chiaro: che i risultati sono disastrosi dopo 10 ore; che sono buoni nelle primissime ore; che l'esplorazione è innocua e può prevenirne la perforazione.

Facile, secondo il nostro modo di vedere, tirare la conclusione: bisogna operare subito ogni tifoso sospetto di perforazione. Non certo alla cieca per ogni piccolo dolore; ma essere larghi nella indicazione, tenuti presenti tutti i segni sui quali brevemente ci siamo intrattenuti, e assegnando a ciascuno il loro giusto valore.

Ci si consenta di insistere sul significato e sul valore della esplorazione: tenendo presente che se la perforazione esiste essa è quasi di regola a carico degli ultimi settori del tenue, la esplorazione ci dà la sicurezza della presenza o meno della perforazione. Se ricordiamo che i sintomi in molti casi di perforazione non sono del tutto chiari, e che la piccola Mac-Burney in anestesia locale è innocua, la esplorazione ci appare in tutto il suo valore.

In presenza di un tifoso non si è nel giusto modo di procedere se tra medico e chirurgo interviene una discussione se esista o non la perforazione; ma il ragionamento va posto sotto questi termini:

Siamo in presenza di un sospetto di perforazione da tifo: la diagnosi è incerta: operando in queste condizioni si va incontro a due eventualità: O il malato non è perforato e l'intervento non gli nuoce, ma può anzi giovargli, perchè affondando placche di Peyer prossime a perforarsi si può prevenire la perforazione e la peritonite; o il malato è perforato, e allora si è nelle migliori condizioni perchè l'intervento possa avere buon esito.

L'aspettativa armata è una parola vuota di significato.

Aspettare che si dichiari la peritonite vuol dire portare a percentuali altissime le probabilità di insuccesso.

Deve essere vanto del medico e non motivo di rimprovero avere fatto operare un tifoso di dubbia perforazione e non perforato; deve essere però motivo di rimprovero avere fatto operare un perforato in fase di peritonite conclamata.

RIASSUNTO.

L'A. riporta 34 casi di perforazione nel decorso del tifo addominale capitati all'osservazione del Reparto Chirurgico dell'Ospedale di S. Spirito, e fa alcune considerazioni sulla diagnosi, sulla indicazione all'intervento e sulla tecnica operativa.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

Lo stato odierno del problema dell'obesità e della magrezza.

(L. GROTE. *Mediz. Klinik*, 11 ottobre 1935).

Nello stato attuale degli studi sul ricambio, l'etiologia della obesità e della magrezza non può più essere considerata quale dovuta ad un semplice squilibrio del bilancio fra l'apporto e il dispendio energetico e calorico. Sia l'osservazione del metabolismo basale, sia lo studio dell'azione dinamico specifica degli alimenti non si sono dimostrati sufficienti per spiegare l'insorgenza del quadro clinico dell'esuberanza e della deficienza del pannicolo adiposo, anche per i risultati tutt'altro che univoci; non mancano difatti esempi di metabolismo basale aumentato negli obesi, diminuito nei magri; e anche l'osservazione dell'effetto dinamico specifico solo in alcuni casi permette di attribuirle l'alterazione del ricambio lipidico.

Un nuovo passo nello studio fisiopatologico dell'obesità è stato fatto da quando, per opera di v. Bergmann, l'attenzione venne spostata verso le « attitudini » del tessuto periferico; analogamente a ciò che si verifica nella lipomatosi circoscritta, è stata considerata la possibilità di una alterazione costituzionale dei tessuti, nel senso che in questi è inibita la disintegrazione lipoidea: così da Lichtwitz ve-

niva ammesso che l'azione del fermento lipolitico non può effettuarsi nella cellula tissulare dell'obeso per modificazioni colloido-chimiche di questa.

Molteplici ricerche hanno permesso di costatare negli obesi delle modificazioni nei processi intermedi della disintegrazione lipoidea: così dalle ricerche di Paschkis e Buttu è risultato che negli obesi al contrario di ciò che avviene nei normali, nè il digiuno, nè la florizina provocano un'aumentata chetonemia; anche l'iperventilazione, che normalmente determina un aumento di tasso lipemico e chetonemico, rimane senza effetto negli individui grassi. Tali fatti dovrebbero essere interpretati quale la conseguenza di una diminuita possibilità di mobilitazione e utilizzazione delle riserve lipoidee. Ma anche la tendenza al maggior accumulo periferico del grasso venne confermato dalle esperienze di Jimenes Diaz; in esse si è visto difatti che la curva lipemica da carico è nell'obeso molto più prolungata e più alta che nel normale, nel quale una certa parte del grasso viene trasformata in glicogeno. D'altra parte, la contemporanea somministrazione di zucchero accelera in modo accentuato la caduta dei valori lipemici, come se in quest'ultima condizione avvenisse una rapida sottrazione dei lipoidi verso il tessuto periferico (nell'ultimo caso potrebbe però anche trattarsi di un'aumentata attività lipodiretica del fegato sotto lo stimolo dell'increzione insulinica (Lombroso) provocato a sua volta, dalla somministrazione di carboidrati. N. d. Red.).

Nel quadro biochimico dell'obesità non va disconosciuta anche l'importanza del ricambio idrico in rapporto alla idrofilia dei tessuti; si noti che gli aumenti del peso talvolta apparentemente inspiegabili, vanno appunto attribuiti al maggior accumulo di acqua; le osservazioni di Silva Mello, Baner ed altri fanno ammettere la possibile esistenza di un fenomeno opposto alla *perspiratio insensibilis;* cioè l'*ispiratio insensibilis*, quindi l'assunzione di acqua attraverso la cute.

Comunque, sin d'ora la questione del bilancio alimentare va interpretato nel senso che l'obesità non rappresenta la conseguenza di una supernutrizione, ma bensì, che l'obeso mangia di più perchè non utilizza i depositi grassosi, si trova quindi in uno stato paragonabile a quello dell'affamato.

Le condizioni dell'individuo magro non possono essere considerate quale « immagine a specchio » di quelle dell'obeso; mentre nell'ultimo anche nei suoi gradi estremi si tratta sempre di una alterazione a carico soltanto del ricambio, le forme più pronunciate della magrezza si associano di solito ad una complessa sintomatologia clinica come ad esempio nella cacchessia ipofisaria; secondo l'A. il quadro clinico della magrezza esorbita dai limiti di malattie del ricambio; come è stato ammesso da Falta, in esso v'è tutta una diversa « impostazione » dell'organismo, forse anche in rapporto a modificazioni della sua « personalità profonda » nel senso di Kraus, colla conseguente alterazione nelle tendenze alimentari (disoressia di Umber). È degna di nota la frequente magrezza concomitante alle psichosi o consecutiva all'encefalite e parkinsonismo.

Lo studio degli eventuali influssi ormonici sul ricambio lipoideo non ha dato finora i frutti che dapprima sembrava promettere. Così le modificazioni del metabolismo nel senso di suo aumento nei magri non poterono senz'altro essere connessi con fenomeni di ipertiroidismo, come d'altra parte si è visto che l'ipofunzione della tiroide solo indirettamente può causare l'aumento dei depositi adiposi, e ciò piuttosto apparentemente, per la maggiore imbibizione idrica. È noto del resto che l'obesità può essere connessa con alterazione di molte ghiandole incretogene, come l'ipofisi, l epifisi, le surrenali, le gonadi ecc. Finora non è stato trovato l'ormone ad azione tipica sul ricambio lipoideo, paragonabile a quella dell insulina sul ricambio glicidico. Ricerche recenti di Anselmino e Hoffmann hanno segnato un notevole progresso in tale studio: detti AA. riuscirono ad isolare una frazione dell'estratto acquoso della preipofisi, la quale funzione aumenta notevolmente la chetonemia dei ratti, probabilmente favorendo la disintegrazione dei depositi di grasso; le ricerche però ancora non possono dirsi conclusive.

L'A. nega quindi la possibilità di classificazione incretogena delle obesità, come è stata tentata da Thannhäuser, il quale distingue l'obesità tireogena, ipofisaria, ipogenitale, pineale, pancreatogena, surrenale. Tale classificazione è applicabile solo in casi eccezionali: d'altronde ogni alterazione delle ghiandole endocrine dovrebbe essere accompagnata di una serie di altri sintomi che mancano invece nelmaggioranza degli obesi. Tutt'al più come viene dimostrato anche dall'azione terapeutica di alcuni ormoni, a questi spetta un'azione integrativa sul ricambio lipoideo, che può essere da questi influenzato anche indirettamente come avviene per esempio per l'aumento delle ossidazioni provocato dalla tirossina. Non è da escludersi (anche in rapporto alle ricerche succitate di Anselmino e Hoffmann) che la parte dominante spetti all'ipofisi, la quale del resto ha la parte del protagonista in due affezioni talmente tipiche come il morbo di Froehlich e quello di Simmonds; ma ancora più probabile è che tutto il complesso giuoco delle azioni ormonali e delle modificazioni metaboliche viene governato e impostato nella sua tendenza verso l'obesità o la magrezza dal cervello intermedio, del quale l'ipofisi rappresenta l'organo esecutivo.

Il problema teorico non può quindi essere considerato quale risolto. Dal punto di vista

pratico ed essenzialmente nel suo aspetto terapeutico, si tenga presente che con nessuno dei preparati opoterapici si riesce a normalizzare il ricambio lipoideo; il trattamento ormonico resta quindi considerato solo quale ausilio sintomatico nella cura dei grassi e dei magri. Appunto per queste considerazioni, la terapia dietetica e la regolarizzazione del dispendio energetico sono da considerarsi per ora quale unica terapia fisiologica; lo sfruttamento del potere dinamico specifico delle proteine, la limitazione delle calorie apportate, la sorveglianza del ricambio idrico e salino s'impongono nel trattamento dell'obeso, specie in vista delle possibili tare circolatorie che sono in questi due e mezzo volte più frequenti che nel normale. Accanto ad esse la ginnastica razionale rende preziosi servizi. D'altra parte un'educazione positiva psichica e spirituale, la cosidetta igiene psichica possono talora modificare il « modus vivendi » nel senso di fornire un solido appoggio alle solite cure mediche delle alterazioni nel ricambio lipoideo.

S. MINZ.

Metodi per valutare la cifra del metabolismo con il polso e con la pressione arteriosa.

(B. I. COMROE. *The American Journal of the Medical Sciences*, settembre 1935).

Per quanto la determinazione della cifra del metabolismo basale sia ora alla portata della maggior parte degli internisti, dati i recenti miglioramenti della tecnica ed il diminuito costo degli apparecchi necessari, pure vi è tuttora un discreto numero di medici pratici i quali non ritengono conveniente, per ragioni tecniche o finanziarie, istallare tali apparecchi nei loro uffici. Read per primo ha tentato di calcolare la cifra del metabolismo per mezzo della determinazione del polso e della pressione arteriosa. Certo una formula che permettesse all'ingrosso di stabilire la cifra del metabolismo in una larga percentuale di casi, senza bisogno di ricorrere agli apparecchi, sarebbe di grande utilità per il medico pratico.

Dopo la formula proposta dal Read, varie altre modificazioni sono state apportate a questa da vari AA. con tendenza alla semplificazione: la più semplice è certamente quella proposta da Gale e Gale secondo la quale

M. B = Pressione + Polso — 111

L'A. ha controllato il valore delle varie formule proposte in vari soggetti. In base appunto al suo studio accurato è potuto venire alla conclusione che la cifra del M. B. non può essere stabilita mediante la misurazione della pressione e del polso con sicurezza e precisione tale da poter considerare il metodo come efficace a sostituire la misurazione del M. B. per mezzo della colorimetria indiretta.

La formula di Gale e Gale è certamente la più facile a ricordarsi e la meno complicata ad applicarsi e perciò appunto la più utile nel campo pratico: tale sua praticità non è a scapito della sua esattezza, poichè i risultati con essa ottenuti non si sono mostrati molto inferiori a quelli ottenuti con altre formule più complicate.

Se la misurazione, colorimetrica del M. B. non è possibile per delle difficoltà tecniche o finanziarie, il calcolo fatto mediante la misurazione del polso e della pressione insieme è più esatto che se ottenuto mediante ciascuno di questi dati isolatamente.

In sostanza si può concludere che il metodo di Gale e Gale, pur non raggiungendo un valore di precisione scientifica, può essere usato dal pratico come efficace metodo di orientamento.

G. LA CAVA.

TERAPIA.

Il trattamento delle brucellosi acuta e cronica.

(F. E. ANGLE. *Journal Amer. Medic. Assoc.*, 21 settembre 1935).

La brucellosi, altrimenti denominata febbre ondulante, mediterranea, maltese o febbricola, può assumere clinicamente numerose varietà. Si è tentato di definirne cinque tipi (intermittente, ambulatoria, ondulante, maligna e subclinica), ma questa classificazione non corrisponde a tutte le forme che si possono incontrare nella pratica. Meglio è contentarsi di fare delle molteplici varietà cliniche due grandi gruppi: la forma acuta che dura in media fino a tre o quattro mesi, ed una forma cronica che persiste più a lungo.

La forma acuta è caratterizzata da febbre, preceduta o non da brividi, seguita da sudore, nonchè da alcune manifestazioni dolorose (cefalea, dolori dorso-lombari, articolari e addominali), anorressia, stipsi, nervosismo, talvolta tosse, e con l'andar del tempo diminuzione di peso.

Nella forma cronica possono essere presenti alcune o tutte le manifestazioni della forma acuta, ma prevalgono i sintomi nervosi che di solito assumono la forma della neurastenia o della psicastenia.

Il micrococco di Bruce è stato isolato in cultura pura da una grande varietà di lesioni suppurative (meningiti, salpingiti, orchiti, empiema, colecistite, spondilite acuta con ascesso, mastiti). Talvolta si può trovare anche negli ascessi così detti sterili.

Più difficile è avere culture dal sangue,

Tuttavia gli esami di laboratorio sono utilissimi per la diagnosi e la prognosi della brucellosi. La siero-agglutinazione è positiva

nella grande maggioranza dei casi, ma non mancano casi nei quali il reperto è negativo anche quando le manifestazioni cliniche sono gravi.

Le reazioni cutanee sono ancora più sicure. S'inietta intradermicamente 0.02-0.04 cmc. di antigene Brucella, avendo cura di fare la stessa iniezione per controllo ad un individuo sano.

Di tutte le cure tentate quella che si è dimostrata veramente efficace è quella vaccinica.

L'A. ha adoperato con successo un vaccino preparato con Brucella abortus bovino e Brucella abortus suino in parti eguali e con una concentrazione tale che ogni cmc. contenga sei bilioni di germi.

La via sottocutanea può provocare ascessi e quella endovenosa gravi disturbi generali: è preferibile la via intramuscolare. Il deltoide si presta bene.

Si comincia con l'iniettare un quarto di cmc. e si aumenta ogni giorno fino ad un cmc. In genere sono sufficienti sette iniezioni.

Durante la cura si hanno reazioni specifiche (aumento della temperatura, aggravamento di tutti i disturbi preesistenti), fatto che convalida la diagnosi. In effetti se tali reazioni mancano si deve ritenere che la malattia non è una brucellosi. A poco a poco, però, con le iniezioni successive invece delle reazioni morbose si nota un progressivo alleggerimento di tutta la sintomatologia clinica fino alla totale sua scomparsa.

Conviene tener presente però che quando la siero-agglutinazione persiste e la febbre non cede la malattia può essere accentuata dalla vaccinoterapia.

La cura deve essere accompagnata da una ricca dieta alimentare, e dall'uso di preparati tonici e ricostituenti.

Costituiscono controindicazioni per la vaccinoterapia il grave deperimento organico, la senilità, la malattia e la debolezza del cuore.

Tenuto conto che la brucellosi ha spesso un decorso bizzarro, e che i periodi di aggravamento si alternano con periodi durante i quali il soggetto può apparire anche del tutto guarito, conviene stabilire i criterî della effettiva guarigione: 1) definitiva scomparsa dei disturbi subiettivi; 2) aumento di peso; 3) graduale scomparsa della febbre; 4) diminuzione del titolo di agglutinazione nel sangue; 5) reperto ematologico normale; 6) miglioramento dei sintomi neurologici.

DR.

La terapia del morbillo.

(W. GUNN. *British Med. Journ.*, 23 marzo 1935).

La stanza del malato deve essere ampia e bene aereata; il riscaldamento va ottenuto mediante stufa e non con il termosifone (che non assicura un buon ricambio di aria) nè col gas o l'elettricità che disseccano troppo l'aria ed irritano il tratto respiratorio già infiammato. È bene tenere la temperatura fra i 15°,6 ed i 18° ed escludere la luce diretta sugli occhi.

Eliminare tutto quanto vi è di superfluo nella stanza. Tenere soltanto un lenzuolo ed una copertina; il malato porterà una camicia da notte in cotone, aperta dai lati.

Lavare completamente il malato una volta al giorno ed, ogni 4 ore, passargli una spugna di acqua tiepida. Pulizia frequente e delicata della bocca con l'indice ricoperto di un batuffolo impregnato di soluzione calda di bicarbonato di sodio (molta delicatezza nei piccoli, per il pericolo di lesioni che aprono la porta ai germi). Il semplice atto di ingoiare frequentemente dei succhi di frutta diluiti o del semplice succo di limone è sufficiente per tenere la cavità orale abbastanza pulita. Vi si può aggiungere una pozione di clorato di potassio molto diluito, da prendere per bocca (2 cmc. ogni 4 ore, per un bambino di un anno): clorato di potassio cg. 60; ac. cloridrico diluito cmc. 06; sciroppo cmc. 4; acqua q. b. per g. 30.

I gargarismi sono impossibili nella maggior parte dei casi; le preparazioni con glicerina sono sconsigliabili per l'azione igroscopica di questa.

Le labbra vanno protette con vaselina sola od unita, a parti uguali con unguento di precipitato bianco. Importante è la teletta del naso-faringe che però deve essere limitata alla sola asportazione delle secrezioni nelle narici anteriori, con applicazione dell'unguento sopra citato. Mai usare, nello stadio acuto, la doccia nasale.

Ammettere pochi visitatori nella camera ed escludere ad ogni modo tutti quelli con infezioni catarrali. Tutti gli oggetti che vanno in contatto col bambino debbono essere ben puliti; quelli che sono stati in contatto con esso, vanno bruciati, bolliti o disinfettati con acido fenico (1/40) o lisolo (1/20).

La congiuntivite non richiede di solito alcun trattamento, salvo l'applicazione di unguento di acido borico alle palpebre. Nei casi più gravi, lozioni con acido borico (25 cg. per 30 cmc. di acqua) ad intervalli varî, con applicazione dell'unguento di cui sopra dopo ogni irrigazione. Nelle infezioni protratte o subacute, irrigazioni con bicloruro di mercurio (1/10.000) o con solfato di zinco (½ %).

La dieta. Come nei mesi invernali le complicazioni più frequenti sono quelle delle vie respiratorie, nei mesi estivi, si ha più spesso l'enterite; da ciò la necessità di regolare bene la dieta chè, altrimenti, si possono avere gravi enterocoliti. Nei casi lievi, si darà del latte diluito con acqua (o con acqua di calce se vi è diarrea), ogni 3-4 ore (il latte intero tende a provocare enterite).

Negli intervalli, si darà dell'acqua (sola o

con glucosio 2-5 % e con succo di limone o di arancia). L'A. consiglia di aggiungervi un pizzico di sale, che stimola l'appetito e la sete. Se il bambino ha disgusto per il latte, lo si può mescolare con caffè o con tè.

Nella prima settimana, è meglio evitare i succhi o gli estratti di carne. Se il latte non è ben tollerato (diarrea con filamenti nelle feci) lo si può dare citratato o peptonizzato, o lo si sospende per 24 ore. Quando la temperatura ha raggiunto la norma, si può dare la dieta piena a cui si può aggiungere dell'olio di fegato di merluzzo o di halibut.

Rimedî specifici non ne esistono. Il piramidone che viene molto usato in alcuni paesi (6 cg. per ogni anno fino al massimo di 30) somministrato ad intervalli di 4 ore può abbreviare la fase febbrile, ma non influisce sulla gravità della malattia; bisogna poi stare attenti a non prolungarne la somministrazione ed al pericolo di agranulocitosi.

Migliori risultati sarebbero da attendersi dall'immunsiero (di convalescente), di cui si fanno iniezioni (5-10 cmc.) endomuscolari al 4°-5° giorno; le prove fatte non sono però incoraggianti; migliori sono quelle fatte con la iniezione endovenosa di 20-50 cmc.

Utili sono invece alcuni sieri per prevenire certe complicazioni: quello antistreptococcico (scarlattina) per iniezioni endomuscolari (di 20-50 cmc.), che previene l'angina, la stomatite ulcerativa, la laringite e forse la broncopolmonite. Inefficace è quello antipneumococcico.

La somministrazione di vitamina A e D, teoricamente logica, non è stata seguìta da vantaggi.

PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE COMPLICAZIONI.

Una buona igiene previene in generale le complicazioni, ma purtroppo, il medico viene spesso chiamato troppo tardi; quando le complicazioni si sono già manifestate. Il trattamento della bronchite può impedire la forma soffocante e la consolidazione polmonare; esso non differisce dal trattamento delle forme consuete; soltanto vi è da osservare che la prognosi è più grave.

La laringite che si manifesta all'inizio dell'eruzione può essere un sintoma grave; iniezione di 16.000-24.000 unità di siero antidifterico, senza attendere il risultato dell'esame batteriologico. Se questo è negativo ed è negativo anche l'esame laringoscopico, usare il siero antiscarlattinoso (20-30 cmc.). In presenza di sintoni inquietanti di crup, tener presente che l'intubazione, in queste forme da streptococco emolitico, non è molto efficace e ricorrere piuttosto alla tracheotomia.

La gastro-enterite sintomatica è di solito lieve e transitoria, ma può rapidamente mutarsi in una forma grave e fatale. Si possono aggiungere al latte degli astringenti (bismuto o mistura di calce) (1), altrimenti sospenderlo del tutto. Come bevande, si daranno allora a bambini di 1 anno, ogni ora 60 cmc. di soluzione fisiologica diluita a metà col 2-3 % di glucosio; dopo 12-24 ore darla diluita ed anche dei succhi di frutta. Tentare in seguito, il latte in polvere o qualche preparato analogo; alcuni si trovano bene con l'acido lattico (2 gocce per ogni 30 cmc. di latte di vacca spannato e con aggiunta di zucchero). Anche l'acqua albuminosa può essere utile.

Nel caso di vomiti, somministrare i liquidi per il retto, il peritoneo, sottocute od endovena.

Per le altre complicazioni, nel caso di congiuntivite purulenta, irrigazioni con acido borico (30 cg. per 30 cmc.); nei casi più gravi, protargol (10 %) od argyrol (5 %); ottenere la midriasi con unguento di atropina (solfato) al 0,25 %. Per le palpebre, unguento di acido borico od al precipitato giallo (diluito ad un quarto). La comparsa di opacamento corneale è una complicazione grave, ma generalmente è transitoria. Se l'ulcera tende a diffondersi, cauterizzarne i margini con acido fenico puro o con l'elettrocauterio. Adottare sempre misure conservative anche in caso di panoftalmia. La congiuntivite flittenulare tende a manifestarsi nella convalescenza: ottenere la midriasi, proteggere l'occhio per la fotofobia, somministrare olio di fegato di merluzzo e raggi ultravioletti.

Le cure igieniche attuali hanno reso rare le gravi complicazioni boccali; ad ogni modo, nella stomatite gangrenosa, si adotteranno delle misure energiche. Il trattamento delle altre complicazioni (otite, adenite, ecc.) non differisce dal consueto; soltanto si tenga presente di ritardare il più possibile gli interventi operativi in modo da permettere ai tessuti danneggiati di riprendere la loro attività.

La convalescenza è generalmente rapida. Un trattamento con i raggi ultravioletti o, meglio, un soggiorno al mare od in campagna, gioverà molto per impedire lo sviluppo di catarri cronici polmonari o di tubercolosi.

INFETTIVITÀ; DISINFEZIONE; PROFILASSI.

Il morbillo è infettivo fin dalla prima comparsa dei sintomi o dalla prima elevazione di temperatura; l'infettività è massima immediatamente prima dell'inizio dell'eruzione. Quando questa diminuisce, diminuisce pure l'infettività che è scomparsa dopo 12-14 giorni dall'inizio della malattia. Il bambino si fa alzare

(1) La mistura di calce della farmacopea inglese è composta con Calce preparata (g. 30); Gomma adragante (g. 5); Zucchero (g. 60); Acqua di cannella q. b. per 1000 cmc.

al 10° giorno, ma se vi è qualche dubbio, è meglio tenerlo in letto ancora per prevenire complicazioni polmonari.

Disinfettare bene tutte le secrezioni e gli oggetti che ne sono insudiciati. Il virus morbilloso ha scarsa vitalità, ma una grande trascuratezza nella pulizia può aiutare la diffusione della malattia. *La disinfezione terminale può essere limitata alla semplice pulizia della stanza e del suo contenuto con acqua e sapone.*

Il semplice isolamento del malato non è sufficiente per impedire in modo assoluto la diffusione. Fortunatamente, mediante l'iniezione di immun-siero si può conferire un'immunità temporanea o, ad ogni modo, avere una malattia a decorso più mite. *fil.*

Il coma barbiturico e la sua cura.

(P. SERINGE. *Gazette d. hôpitaux, n.* 35, 1935).

L'accresciuta frequenza del coma barbiturico e la scoperta di recenti terapie attive formano oggetto di attualità. I barbiturici entrarono in terapia nel 1903: i primi avvelenamenti presero estensione solo in questi ultimi anni. Una ventina di barbiturici sono attualmente utilizzati: tutti, a dosi massive, sono capaci di provocare il coma. Sono specialmente il dial, il gardenal, e sovratutto il veronal. Si osserva in tutte le età, con predominio nel sesso femminile, dai 20 ai 40 anni. L'intossicazione è raramente criminale, eccezionalmente accidentale, il più spesso volontaria. Il modo d'azione dei barbiturici non è chiaro: sarebbero dei depressori mesodiencefalici, mentre alcool, cloralio, bromuri sono depressori corticali. Nel coma barbiturico sarebbero colpiti non solo i centri regolatori del sonno, ma anche i centri vicini vasocostrittori, termoregolatori, e regolatori della leucopoiesi. La stricnina, secondo Zunz, è l'antagonista del barbiturico, secondo gli americani, l'antidoto. Si sa che due prodotti sono antagonisti se neutralizzano i loro effetti fisiologici, due prodotti antidotici si neutralizzano invece fra di loro.

Il coma sopravviene da qualche minuto a due ore dopo l'ingestione, ed è abitualmente marcato dall'installarsi progressivo di uno stato di ebbrezza e nauseoso: incoerenza di parole, vertigini, titubazione, agitazione, raramente cefalea. Nausee frequenti, vomiti rari. In questo stadio, vomitivi e medicamenti non scongiurano il coma. Il malato resta inerte, in decubito dorsale, motilità volontaria abolita, arti in completa risoluzione, sensibilità abolita, riflessi tendinei e corneali aboliti: nessuna modificazione caratteristica delle pupille. Stipsi, ritenzione urinaria, non albuminuria nè glicosuria; oliguria, non convulsioni, non rigidità, non paralisi facciale, non deviazioni oculari. Coma flaccido con scarsa sintomatologia. Respiro alterato, stertoroso o accelerato, o rallentato, o periodico. Temperatura alta verso la 36ª ora. Un coma febbrile deve far pensare ad un coma barbiturico. Lieve ipotensione, cianosi nel volto, polso regolare. In pratica la diagnosi resta difficile non avendosi alcun segno caratteristico. È pertanto importante interrogare sui medicamenti usati dal malato, investigare nella camera. D'urgenza portare le urine in un laboratorio, in esse la ricerca dei barbiturici può essere fatta in un'ora: positiva afferma la diagnosi, negativa richiede un nuovo esame alcune ore più tardi. La ricerca è più sovente positiva nel liquor e nel sangue. Flandin propone di procedere in questo modo: 5-10 cc. di sangue e di urine del malato sono inoculate in due conigli per via sottocutanea o intraperitoneale (le urine anche per via intravenosa). Se il campione contiene un sonnifero l'animale si addormenta in 15-60 minuti e spesso per molte ore. La prognosi è ardua perchè la tossicità dei barbiturici è mal conosciuta. Il veronal, abbenchè meno tossico, a peso eguale, sembra, in pratica, più dannoso del gardenal. Il dial sembra più nocivo. Ha importanza il terreno ed il tempo dell'ingestione.

Dopo la 18ª ora l'esito è fatale. Indici di alta gravità sarebbero: le pupille puntiformi, il segno di Babinski, l'esistenza di atelettasia polmonare, di apoplessia polmonare, di edema polmonare, i sintomi di collasso incipiente.

È di prognosi grave una ipotermia, od una ipertermia precoce a 40°,5-41°, una formula sanguigna normale o con inversione. Nei casi curabili si ha leucocitosi polinucleare dal primo giorno, eosinofilia verso il quarto, ritorno alla norma dal 6° al 15°.

La morte sopravviene nel coma senza ripresa della conoscenza da 12 ore a 12 giorni, in media dopo due, tre giorni, con ipertermia, sudori profusi, collasso. Nei casi felici la guarigione è completa in 2-12 giorni. Si descrivono forme atipiche, forme croniche ecc.

Come cura allo stadio iniziale, evacuare lo stomaco con vomitivi o con lavaggi al permanganato. Si consiglia dare anche del carbone per assorbire nell'intestino eventuali porzioni di veleno persistenti, seguito da un purgante. Nel corso del coma l'evacuazione gastrica è sconsigliata ed inefficace. Bisognerà riscaldare il malato, applicare revulsivi toracici; rettoclisi glicosate isotoniche, salasso, trasfusioni, flebloclisi. In ogni caso il rimedio di elezione è la stricnina, che deve essere iniettata ad alte dosi: in media un centigrammo di solfato di stricnina ogni ora: nei casi gravi si consigliano 5 centigrammi nella prima iniezione e di poi, ogni ora, due centigrammi. Per le prime iniezioni si consiglia la via intravenosa, la sottocutanea per le altre: la gni di intossicazione stricnica: rigidità sponparsa dei riflessi e coscienza, o per 24 ore, potendosi sorpassare in totale sia 20 che 40 centigrammi. Sorvegliare la comparsa dei se-

gni di intossicazione stricniaca: rigidità spontanea, sussulti tendinei o muscolari provocati, iperreflexia, Chwostek, tetano stricnico. Se con questo persiste il coma, sospendere la stricnina per riprenderla prudentemente. Iniezioni di coramina, alcool nelle vene, glucosio ipertonico. Adrenalina od uabaina nei disturbi cardiaci, caffeina, ossigeno anche sottocutaneo, respirazione artificiale.

MONTELEONE.

La cura delle asciti cirrotiche.

(M. BARIETY. *Le Bulletin Médical*, 1935, n. 18).

Nella genesi delle asciti cirrotiche entrano due sorta di fattori: fattori meccanici da una parte, fattori chimici o fisico-chimici dall'altra.

Tutti i fattori meccanici sono in rapporto con la sindrome di ipertensione portale. Due lesioni ostacolano la circolazione portale: la sclerosi che strozza il lobulo epatico, la flebite che restringe notevolmente il lume di alcune vene.

Elementi, poi, variabili sono: la stasi venosa in una rete portale le cui pareti sono deboli, dilatabili; i fenomeni vaso-motori che bloccano in alcuni momenti le vie efferenti sovraepatiche. Aggiungiamo disturbi fisico-chimici: la ritenzione clorurata sodica, l'iposviscosità del sangue portale, le modificazioni dell'equilibrio protidico del sangue (abbassamento della serina, aumento della globulina, inversione del quoziente albuminoso). Ed aggiungiamo che in questi malati esiste sempre un certo grado di epatite, di alterazione delle cellule nobili del fegato, e che l'alcool può aver leso altri organi, es. il rene. A queste multiple cause, multiple indicazioni terapeutiche.

In primo luogo consigliare il riposo in letto: il clinostatismo favorisce la circolazione renale e la diuresi: un malato, nello stesso tempo, se giace in letto emette 320 cc. di urina, se sta in posizione eretta, ne emette 160. L'azione diuretica della posizione clinostatica prolungata, è stata confermata nelle affezioni renali e cardiache ed è applicata nelle stazioni idrominerali.

Deve essere minuziosamente regolato il regime: riduzione dei liquidi ingeriti (1 litro nelle 24 ore), regime declorurato. Utile è il regime latteo, poco tossico, poco salino. Il latte scremato talora è più tollerato del latte intero: vi si potrà aggiungere del latto-siero, a digiuno. Un tal regime finisce però per essere mal tollerato. Si aggiungerà riso, farina di frumento bollita, patate cotte nell'acqua od in purea, paste, legumi verdi, frutta, zucchero. Il regime carneo deve essere riservato ad individui che abbiano un buon appetito ed una azotemia normale. Fissato il regime, l'ascite può diminuire, scomparire, lo stato generale migliorare. Allora si può ricorrere con circospezione ai rimedi classici idrogoghi, purgativi, e diuretici. Fra i purgativi, ricorderemo la gialappa, sotto forma di acquavite alemanna, il calomelano (attenti al fegato). Fra i diuretici alcuni sono ad azione renale: teobromina e scilla, altri, ad azione renale ed interstiziale (sali di mercurio). Il cianuro di mercurio è particolarmente indicato se nella anamnesi c'è lues. Diuretici più strettamente interstiziali sono i sali di calcio, di potassio, d'ammonio, di stronzio, che secondo Blum agirebbero scacciando l'ione sodio idropigeno accumulato nel sistema lacunare. Quanto all'estratto tiroideo, il suo meccanismo d'azione è complesso sia sulla protidemia che sull'idrofilia tissulare.

Si può ravvicinare all'azione dei diuretici l'azione di procedimenti che si sforzano di migliorare l'eliminazione acquosa con mezzi fisici agenti sull'idraulica circolatoria: il bagno caldo ed il bagno freddo per azione riflessa, la diatermia con azione diretta sul fegato.

Malgrado la messa in opera di questi differenti mezzi terapeutici, molte asciti resistono od aumentano: è giocoforza allora ricorrere alla paracentesi, la quale deve essere considerata come il mezzo peggiore: la puntura dovrà essere tardiva e restare rara; anzitutto, se esistono edemi periferici, l'ascite punta si riforma prontamente a loro spese, in più la puntura non è innocua per il peritoneo la cui semplice irritazione meccanica può aumentare notevolmente la velocità di riproduzione. Sottrazioni liquide abbondanti, inoltre, e ripetute, rischiano di provocare un vero stato di cachessia sierosa. Ricordiamo inoltre, non citando le eventuali infezioni del peritoneo per scarsa asepsi, che alcune emorragie possono essere determinate da evacuazioni troppo rapide, poichè la pressione arteriosa si innalza nel corso della paracentesi, nello stesso tempo che si abbassa la pressione del liquido ascitico.

L'opoterapia epatica migliora molto mediocremente ed indirettamente la sindrome di ipertensione portale ed in particolare l'ascite.

L'omentopessia alla Talma non è un processo di cura usuale.

MONTELEONE.

☛ ***Rammentiamo l'importante pubblicazione:***

Dott. FRANCESCO LANDOGNA CASSONE
Assistente nella Clinica Medica della R. Univ. di Genova

Le curve glicemiche

Significato ed importanza nell'esplorazione funzionale del sistema endocrino-vegetativo

Prefazione del **Sen. Prof. NICOLA PENDE**
Direttore della R. Clinica Medica di Genova

Volume di pagg. 250, con 26 diagrammi in nero ed a colori intercalati nel testo. Prezzo L. **35**, più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **31** in porto franco in Italia. Per l'Estero L. **34.**

Inviare Vaglia all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

DIVAGAZIONI

Uomo e maschio.

Tra questi due termini esiste — dice la *Rivista de la Facultad de Medicina* di Bogotá (ottobre 1934) — una differenza fondamentale di ordine fisiologico e sociale.

Ogni essere capace di produrre spermatozoi è maschio: nel compimento della funzione sessuale primaria sta la sua massima azione perpetuatrice della specie; il carattere di maschio è quindi una condizione data dalla natura a scopo di conservazione della specie. Funzione primitiva, questa del maschio, ed incosciente, sprovvista di merito, realizzabile col solo automatismo delle sensazioni, iniziata e compiuta sotto la spinta dell'appetito genesico. Il semplice carattere di maschio non è dunque indice di superiorità nè implica vantaggio alcuno, il maschio è semplicemente uno strumento della natura.

Ogni elemento del sesso, in tutte le scale della natura, compie la sua funzione specifica, come un semplice strumento dell'inesorabile impeto della natura nella sua opera di conservazione. Il convertire la condizione generica fatale di maschio in un incitante di valorizzazione vana e superficiale, è un errore che può avere sfavorevoli ripercussioni.

Al contrario il carattere di uomo ha un alto significato specifico e sociale; in esso devono riunirsi, oltre ai caratteri della costituzione mascolina — e cioè l'attitudine del maschio — l'attitudine al lavoro, come manifestazione necessaria e quindi insostituibile, della mascolinità differenziata.

Il carattere sessuale di maschio nell'uomo civilizzato acquista sfumature di dignità, di amore; compromessi, questi, che vengono imposti dall'esercizio stesso della funzione sessuale, ed in tal maniera rigorosi, che il loro inadempimento comporta la degradazione della società ed una situazione permanente di inferiorità. In realtà, il lavoro inteso in senso generale, e cioè dallo sforzo materiale dell'agricoltore e dell'operaio a quello intellettuale dell'artista e dello scienziato, rappresenta la vera funzione sessuale dell'uomo. La funzione riproduttiva effettuata per semplice piacere egoista è espressione del maschio irresponsabile, mentre per il vero uomo è appena l'inizio della sua azione ulteriore; nel maschio la funzione sessuale primaria (riproduttiva) è un fine di piacere a fondo egoistico; nell'uomo è l'iniziazione, l'occasione per l'opera sostentatrice della madre e del figlio. Non è una teoria ma la spiegazione chiara dei fenomeni del sesso, questa concezione del lavoro nell'uomo; di fatto, la sterilità del lavoro, la mancanza di esso, distrugge la santità del focolare, corrompe i costumi, annulla la dignità umana.

È passata l'epoca della suggestione per il maschio conquistatore, vacuo e irresponsabile: la virilità non sta nelle conquiste femminili, ma nella conquista di una donna: virilità significa intensità nell'amore e non amore diluito in quantità e povero nel dovere. Bella e luminosa questa concezione del carattere dell'uomo: il diritto alla procreazione è una conseguenza del dovere del lavoro; non esiste dunque piacere sessuale senza la obbligazione conseguente di vegliare sul prodotto dell'atto generatore.

La concezione dell'amore umano unico, retto dalla funzione lavorativa dell'uomo, trae le sue radici profonde dall'intima natura dell'essere razionale: tutto non ha ragione di esistere ed è effimero fintanto che l'uomo, nella sua azione non incontri una strada, una orientazione, non abbia cioè una concentrazione di energie: e siccome esiste una tendenza fatalista innata nell'essere umano a perpetuarsi, a sopravviversi, quanto più imperfetta sarà questa concentrazione di energie e cioè il lavoro, tanto più fragile e mediocre sarà l'opera creata; è necessaria quindi la concentrazione, la fusione della sensibilità, della mente, della azione, perchè la perpetuazione risulti illimitata nel tempo ed universale.

La differenziazione sessuale, conseguenza naturale di norme educative, ha una logica ripercussione sulla nobiltà dell'amore umano; un popolo nel quale non esista la coscienza della responsabilità dell'uomo nella vita dei sessi, sarà vinto nella lotta per l'appetito suicida di una umanità ibrida e distruttrice: l'ideale non esiste in un conglomerato preso dalla sete insaziabile dei piaceri inferiori. Lo scapolo non ha ideali e mai desidera dei figli: se giunge ad averli li ripudia o li abbandona: è qui la somiglianza essenziale fra il celibe, maschio irresponsabile, e l'animale irrazionale.

Non è possibile per un popolo conseguire civilizzazione e tanto meno cultura quando la percentuale dei maschi sia superiore a quella degli uomini.

La differenza fondamentale fra il maschio e l'uomo sta nel lavoro: qui appare la funzione fondamentale del lavoro non come compito materiale di economia, bensì come forza spirituale, come amore, senza il quale le relazioni sessuali non si innalzerebbero mai dal campo volgare dell'appetito insoddisfatto.

G. LA CAVA.

☛ *Rammentiamo l'interessante monografia:*

Dott. FRANCESCO LANDOGNA CASSONE
Assistente nella Clinica Medica della R. Univ. di Genova

La diagnosi clinica
della stenosi polmonare congenita
con speciale riguardo agli elementi desunti dal flebogramma giugulare

Prefazione del **Prof. CESARE FRUGONI**
Direttore della R. Clinica Medica di Roma

Volume di pagg. 264, con 20 figure originali nel testo
Prezzo L. **30**, più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **26** in porto franco in Italia. Per l'Estero L. **29.**

Inviare Vaglia all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

N. PENDE. *Endocrinologia.* Due volumi di pag. 1200. Quarta edizione. Vallardi, Milano, 1934. L. 130.

La nuova edizione del trattato del Pende mantiene lo stesso ordine di svolgimento e lo stesso indirizzo delle edizioni precedenti, ma reca tutto il complesso di nuove acquisizioni nel campo delle ghiandole a secrezione interna, acquisizioni anatomiche, fisiologiche, biochimiche, anatomo-patologiche e cliniche conquistate in questi ultimi dieci anni. Non soltanto rappresenta l'opera più completa di endocrinologia che abbiamo in Italia, non solo rivela la particolare dottrina ed esperienza di chi per tanti anni si è con non comune competenza ed attività dedicato a questo importantissimo campo della medicina, ma pone, sviluppa ed illustra alla mente dello studioso e del medico pratico il concetto geniale delle correlazioni esistenti fra le note morfologiche dell'individuo, le sue particolari modificazioni di sviluppo, le sue diverse attività funzionali, e lo stato anatomico e funzionale delle varie ghiandole endocrine non soltanto prese isolatamente, ma studiate nelle loro varie correlazioni funzionali e nei loro rapporti col sistema nervoso simpatico. Se le varie cause morbose provenienti dall'ambiente esterno possono variamente influire sulle ghiandole endocrine provocando alterazioni anatomiche e quindi funzionali e talora quadri morbosi particolari e ben definiti, è pur vero che molto più frequentemente noi ci troviamo di fronte a quadri clinici nei quali la dominante alterazione di una o di più ghiandole è legata a fattori di ordine costituzionale e quindi a cause insite nella particolare natura dell'individuo. Il porre tale stato endocrino in rapporto poi con le particolari altre note individuali del soggetto, siano queste di ordine morfologico, funzionale, biochimico, serologico ecc. vuol dire cercare di andare più a fondo nello studio e nella comprensione della individualità del soggetto con evidente vantaggio non soltanto per le nostre conoscenze dottrinali, ma anche per quel fine altissimo di cercare di prevenire e di combattere il male. Più a fondo sapremo conoscere l'individuo in tutte le sue particolarità fisiche e funzionali, meglio potremo comprendere ogni aspetto della malattia in lui e meglio cercheremo di modificare le sue reazioni alla o alle cause morbose. L'endocrinologia intesa e sviluppata come ha fatto il Pende costituisce una nuova conquista della scienza medica italiana verso una più profonda conoscenza dell'individuo ed apporta allo studioso ed al medico pratico elementi di alto valore nello studio del malato e nella cura di esso.

Questa nuova edizione del trattato del Pende costituisce quindi una importante guida per i medici tutti e da tutti deve essere attentamente studiata e compresa. E. T.

EDOUARD PEYRE. *Manuel de Sérologie pratique.* Un vol. in-16°, di 272 pagg. F. Alcan, Paris, 1935. Prezzo 20 fr.

L'importanza sempre maggiore che viene acquistando la sierologia e, molte volte, l'impossibilità per il medico pratico di trovare le indicazioni sulle varie ricerche che si possono compiere sul sangue e sul loro significato clinico fanno sentire la necessità di un libro che, come questo, sia anzitutto una guida di laboratorio e mostri quali determinazioni si possono fare nelle varie malattie e quali indicazioni se ne possono trarre.

L'A. descrive i metodi di ricerca chimica (dosamento dei cloruri, calcio, fosforo, elementi azotati, glicemia, colesterol) e fisici, la concentrazione Hjonica, la misura della riserva alcalina. Passa poi alle ricerche biologiche (agglutinazione, fissazione del complemento, reazioni di flocculazione e precipitazione, ecc.), il tutto esposto in modo chiaro e con intenti pratici. Da ultimo, un elenco delle diverse condizioni morbose, con l'indicazione delle ricerche da farsi a scopo diagnostico e pronostico. *fil.*

A. THEOHARI. *Traité de Thérapeutique.* Due volumi di pagg. rispett. 586 e 721, con fig. Masson et C.ie, Paris, 1935. Prezzo 125 fr.

Il Theohari, formatosi alla Scuola di Parigi, con Hayem, Déjérine, ecc., fu per lunghi anni professore di Clinica terapeutica nelle Università di Romenia e direttore di importanti ospedali. Della sua attività e del suo senso pratico è testimonio questo libro che viene pubblicato a cura di un suo allievo (Gh. Peposco) ed a cui ha fatto una bella prefazione M. Labbé.

L'A. basa le sue prescrizioni terapeutiche sulle nozioni essenziali di fisiologia e di patologia, che indica sommariamente al principio di ogni capitolo, ravvivando talvolta il suo dire con alcune succinte storie cliniche.

Nella terapia, tiene conto della malattia fondamentale e dei varî sintomi che possono accompagnarla, indicando i relativi trattamenti, sicchè il medico pratico consultando questa trattato ha una guida sicura ed una larga scelta dei procedimenti terapeutici da adattare al singolo caso.

Il primo volume è dedicato agli organi digerenti, pancreas e fegato; il secondo alle malattie dell'apparato respiratorio, dei reni, della nutrizione, affezioni endocrine, avitaminosi, reumatismi cronici. La mancanza di alcuni capitoli è largamente compensata dalla diffusa trattazione degli altri.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLII Congresso Italiano di Chirurgia.

(Bologna, 23-26 ottobre 1935).

Presidenza: Prof. R. Alessandri.

23 ottobre - ore 15.

Cisti e tumori del polmone.

(*Conclusioni*).

Parte I.

Cisti da echinococco del polmone.

Prof. Pietro Marogna (Sassari), Relatore.

Dopo aver trattato della distribuzione geografica della idatide in Italia, della frequenza delle localizzazioni polmonari, della patogenesi, dell'anatomia patologica, della sintomatologia, della rottura delle cisti idatidee polmonari e pleuriche, della diagnosi radiologica e della diagnosi differenziale, si diffonde più ampiamente sui metodi di cura chirurgici di questa affezione e viene alle seguenti conclusioni:

1) La cisti da echinococco del polmone rappresenta in Sardegna una malattia sociale la cui percentuale rispetto alle altre localizzazioni può portarsi al 35 per cento.

2) Fra i varii metodi chirurgici proposti l'operazione in due tempi di Lamas-Mondino-Prat è quella che pur non rappresentando l'ideale dà maggiori garanzie ed il più grande numero di guarigioni assolute.

3) Il metodo di Posadas è sconsigliabile per le complicanze gravi cui può dar luogo e per l'alta mortalità segnalata dalle statistiche.

4) I metodi di Antonucci e di Valdoni segnano un indiscutibile progresso operatorio che sarà confermato dalla pratica ulteriore.

5) Il pneumo artificiale e la frenicectomia sono da tenersi presenti nei casi di lunghe suppurazioni e prima di ricorrere ad altri metodi operatorii più gravi e pericolosi.

6) Le cure mediche fino ad oggi escogitate sono inutili e qualche volta dannose.

Parte II.

I tumori primitivi del polmone.

Prof. Gherardo Forni (Venezia), Relatore.

I tumori primitivi del polmone sono benigni o maturi e maligni o immaturi. I primi sono molto rari: hanno importanza clinica i teratomi e le cisti dermoidi. I secondi hanno struttura istioide (sarcomi) od organoide (carcinomi). I più recenti studi di istologia patologica propendono ad ammettere la origine epiteliale anche per molti tumori in passato diagnosticati come sarcomi.

Il carcinoma polmonare (C. P.) è aumentato notevolmente di frequenza nell'ultimo ventennio, il che ha importanza non solo scientifica ma pratica ai fini della diagnosi e della terapia.

L'etiopatogenesi del C. P. è del tutto oscura: può ammettersi l'importanza del fattore irritativo vario e molteplice. Non sono state dimostrate nè disposizioni congenite nè fattori esogeni. L'uomo è più colpito della donna nella proporzione di 4 ad 1, e fra i 50 ed i 60 anni.

Macroscopicamente il C. P. ha aspetto molto vario: circoscritto (compatto o cavitario, a sede periferica o ilare), lobare, massivo o totale e mediastino-polmonare.

Secondo il criterio anatomo-clinico si distinguono in carcinomi dell'ilo, infiltranti il lobo, o rotondeggianti circoscritti. La struttura istologica è notevolmente polimorfa, il che rende complessa l'istogenesi. L'origine unica del rivestimento bronchiale ed alveolare rende accettabile la ipotesi che anche tutti i carcinomi derivino dall'epitelio che tappezza in modo continuo la mucosa respiratoria dal grosso bronco all'alveolo (broncogenici).

Il C. P. è spesso associato ad atelettasia, a bronchiettasie, a tubercolosi. L'associazione con quest'ultima non è frequente, ma non vi è antagonismo fra i due processi.

La propagazione e le metastasi del C. P. avvengono per via sanguigna e linfatica: quello dei grossi bronchi si diffonde più lentamente e dà meno frequentemente metastasi regionali, mentre quello dei bronchi minori, periferico, si propaga precocemente e con preferenza nel sistema nervoso, osseo ed urinario.

Il C. P. non si manifesta con sintomi patognomonici: quelli locali sono comuni ad altre malattie subacute e croniche del polmone: il dolore è più intenso e continuo: la dispnea è dovuta a diversi fattori. I tumori del grosso bronco danno sintomi precoci (broncostenosi, atelettasia); quelli dei bronchi minori possono essere asintomatici. La sintomatologia deve essere valutata nel suo complesso, tenendo presente che è tanto più grave quanto maggiore è la partecipazione dell'albero bronchiale e degli organi del mediastino.

La diagnosi si fonda sui risultati del reperto clinico, radiologico, broncoscopico, broncografico ed eventualmente toracoscopico.

La sola indagine anamnestica ed obbiettiva, anche se diligente, non permette la diagnosi certa, specie allo inizio.

L'esame radiologico fornisce segni di valore fondamentale, ma non può da solo affermare la natura della lesione. Quando si sia seguita radiologicamente la progressiva estensione della malattia, il reperto acquisterà valore di certezza.

La broncografia serve di orientamento e dimostra la occlusione o la stenosi bronchiale e lo spostamento del mediastino.

La broncoscopia, quando il tumore sia visibile, è di valore massimo perchè ne precisa la sede e per mezzo della biopsia la natura.

La biopsia, praticata aspirando particelle di tumore mediante puntura del polmone attraverso la parete, dà risultati probativi assai limitati. La biopsia sulle ghiandole infiltrate facilita la diagnosi, ma allora il tumore ha già sorpassato i limiti per una terapia chirurgica. L'esame del liquido pleurico col metodo di Mandelbaum è raccomandato in America.

La toracotomia esplorativa è da adoperarsi solo quando la diagnosi non possa essere altrimenti posta: essa è necessaria per decidere se sia possibile l'asportazione del tumore.

In sostanza la diagnosi è il prodotto della esatta valutazione dei vari reperti dopo aver escluso le malattie subacute e croniche, che si manifestano con lesioni nodulari o infiltrative, o lobari, o totali: la percentuale delle diagnosi fatte in vita e confermate all'autopsia si è accresciuta in rapporto ai più perfezionati mezzi di indagine.

Il decorso e la durata della malattia variano in rapporto alla capacità neoformativa del tessuto, alla insorgenza di fenomeni distruttivi e di metastasi. La durata media è di un anno.

L'interesse clinico del C. P. verte sulla possibilità della sua asportazione chirurgica: allo stato

attuale della nostra possibilità diagnostica solo circa il 10 % consente una terapia chirurgica.

Lo sperimento ha educato i chirurghi ad evitare, per quanto possibile, i pericoli dell'emorragia, della infezione, del pneumotorace ed ha dimostrato il comportamento della cavità pleurica e le modificazioni anatomiche del cuore e del polmone residuo.

L'indicazione della operabilità deve essere posta dopo attenta valutazione, ricordando che la resistenza dei malati è spesso aleatoria. Se il chirurgo può sperare di progredire nella cura del C. P. dovrà seguire la strada irta di difficoltà, battuta dai nostri predecessori nella cura dei tumori maligni di altri organi. Quindi: conoscenza esatta delle eventuali metastasi regionali e delle vie di diffusione locale, come si richiede per i tumori dei visceri addominali. È ben vero che per quelli del polmone possono incontrarsi difficoltà tecniche assai maggiori, ma esse non sono insormontabili.

I tumori operabili mediante lobectomia sono di tipo circoscritto in zone parenchimali, periferiche, originantisi dai rami bronchiali minori.

I tumori del grosso bronco e dei suoi rami possono essere suscettibili di asportazione solo mediante pneumectomia totale.

La preparazione del malato è da raccomandarsi in modo particolare.

L'applicazione di un pneumotorace, da una a tre settimane prima dell'operazione, è ritenuta utile ed efficace perchè provoca il graduale collasso del polmone, riduce la mobilità del mediastino e diminuisce il pericolo dello *choc*.

L'anestesia ha particolare importanza. Attualmente si dà la preferenza all'anestesia con « cyclopropane » e protossido di azoto in iperpressione, previa introduzione del tubo intratracheale.

Allo strumentario comune sono da aggiungersi un ampio divaricatore e un serranodi: sono considerati utili il bisturi elettrico e l'apparecchio aspiratore.

L'incisione della parete toracica può essere senza o con resezione di coste, lineare od a lembo: per accedere al lobo inferiore si incide il settimo spazio, per accedere al lobo superiore lo spazio tra la II-III costa, per la pneumectomia totale incisione postero-laterale o anteriore.

Le operazioni eseguite sono state: la resezione, la lobectomia e la pneumectomia.

La resezione col tagliente o col termocauterio è da ritenersi operazione insufficiente e più pericolosa nei neoplasmi maligni.

La lobectomia tipica può eseguirsi in uno o più tempi.

La prima presuppone la presenza di aderenze spontanee o provocate con varie modalità di tecnica ma sempre con l'intendimento di escludere il lobo da asportare: così alla caduta dei lacci la fistola si aprirà in una cavità limitata, drenata ed esclusa.

La seconda a pleura libera è stata di nuovo recentemente applicata e richiede come tempi preoperativi sia il pneumotorace che la frenico-exeresi.

L'apparecchio ad iperpressione è utile, ma non necessario.

La pneumectomia totale è stata pure eseguita in uno o più tempi, seguendo gli stessi criteri di tecnica che per la lobectomia. Il pneumotorace, collassando fortemente il polmone malato, consente l'adattamento funzionale del cuore e dell'altro organo. Si devono evitare le trazioni sull'ilo.

La toracoplastica può costituire l'ultimo tempo quando persista una fistola bronchiale o una cavità empiematosa. Essa è stata eseguita nei due terzi delle lobectomie e pneumectomie.

La scelta dell'operazione in uno o più tempi può dipendere da condizioni che in parte si possono stabilire prima dell'intervento ed in parte solo durante la sua esecuzione.

Fra le complicazioni post-operatorie sono da ricordarsi principalmente: lo *choc* (meccanico o nervoso), l'emorragia (immediata o tardiva), l'enfisema mediastinico, le embolie gassose e l'edema del polmone controlaterale.

Le operazioni palliative trovano indicazione quando si debba provvedere a ripristinare la funzione respiratoria seriamente minacciata o a diminuire gli effetti della compressione da cospicuo versamento.

Le operazioni broncoscopiche mirano a riconoscere la sede e la natura della malattia, ad asportare tumori primitivi del bronco benigni o maligni ed a correggere i gravi disturbi della ostruzione bronchiale.

La casistica operatoria, di 138 interventi, si è accresciuta in questi ultimi anni: 17 per tumori benigni, 27 per sarcoma e 94 per carcinoma.

Le 84 operazioni atipiche (resezioni, pneumotomie, cauterizzazioni) sono state insufficienti ed incomplete e seguite dalla più alta mortalità.

Le 36 lobectomie sono state eseguite per metà in più tempi: in quelle ad un tempo sono stati applicati in precedenza il pneumotorace e la frenico-exeresi e la mortalità è stata lievemente minore decrescendo sempre più in rapporto alla totale chiusura della parete toracica. I risultati sono stati: 16 morti post-operatorie; 12 recidive o metastasi; 8 guarigioni oltre l'anno (3 oltre due anni, 3 oltre tre anni e 2 oltre cinque anni).

Nelle 18 pneumectomie totali si sono ottenute 9 morti operatorie, 4 recidive e 5 guarigioni oltre l'anno. L'operazione è stata eseguita in un tempo in quasi tutti i casi.

I progressi dell'exeresi chirurgica sono lenti ma continui: è necessario preparare opportunamente il paziente applicando le regole di tecnica che l'esperienza ha dimostrato più adatte.

Heuer dichiara che è azzardato antivederne i progressi nel futuro: la tendenza ad eseguire l'operazione in un tempo alletterà molti chirurghi, il che porterà ad un temporaneo aumento della mortalità fino a quando ognuno non saprà risolvere i problemi che la grave operazione impone e principalmente la divisione asettica e la sicura chiusura del moncone bronchiale.

La Roentgenterapia e l'applicazione di radio sia nel lume del bronco per mezzo del broncoscopio, sia direttamente nel tumore attraverso una toracotomia, hanno avuto scarsa applicazione ed i risultati sono stati aleatori.

Tali mezzi di cura possono rappresentare una speranza più che una promessa: sono pertanto meritevoli di ulteriori prove le cure combinate (radium-roentgen-chirurgiche).

Comunicazioni inerenti al tema.

BARTOLI O. (Firenze). — *La marsupializzazione declive nella cura delle cisti da echinococco del polmone.* — Ha ottenuto ottimi risultati con il metodo Taddei che corrisponde alla marsupializzazione e l'apertura della cisti nel punto più declive e con un'apertura molto ampia. Il cavo viene zaffato stipatamente. Di 11 malati 10 sono guariti completamente.

GARGANO C. (Napoli). — *Alterazioni del tessuto polmonare consecutive e concomitanti a cisti di echinococco.* — L'O. ha eseguito delle ricerche di

anatomia patologica e sperimentali allo scopo di accertare quali fossero le alterazioni, alle quali va incontro il parenchima polmonare, per la presenza di cisti di echinococco.

Le alterazioni polmonari sono più, che di natura compressiva per opera delle cisti, di natura chimico tossiche, indotte forse dalla permeazione del liquido di echinococco nel parenchima polmonare, alterazioni che si traducono principalmente in lesioni dei vasellini sanguigni ed in una cospicua neoproduzione di tessuto connettivo stromatico, che giunge fino alla fase sclerotica.

FRANCINI M. (Grosseto). — *Osservazioni sulla cura delle cisti da echinococco del polmone.* — L'O. esamina l'argomento della cura dell'echinococco polmonare sulla scorta della sua esperienza nell'Ospedale di Grosseto.

Premette alcune considerazioni sulla diagnosi clinica e radiologica e sul valore delle prove biologiche.

Nelle cisti piccole e centrali è favorevole alla cura aspettante.

Nelle cisti medie e grosse, ben parietalizzate preferisce l'operazione in un tempo, anche se a pleura non aderente, mentre crede che debba attuarsi l'operazione in due tempi per le cisti nelle quali occorre, per raggiungerle, a traversare un certo spessore di tessuto polmonare. In questo caso ritiene molto utile la tecnica indicata dal Valdoni (piombaggio extrapleurico con paraffina).

In casi particolarmente adatti, cisti poco voluminose, superficiali, ben limitate dalla avventizia crede che si possa praticare il trattamento chiuso, sempre però con un complesso ed accurato amarraggio della sutura polmonare con quella della pleura parietale.

Crede indispensabile in ogni caso, sia che si voglia intervenire in uno o due tempi, sia che si voglia fare il trattamento chiuso o la marsupializzazione, una abbastanza estesa mobilizzazione della parete toracica in corrispondenza della cisti, con resezione di due o anche di tre segmenti costali.

Nelle cisti con parassita morto, aperte nei bronchi deve sempre essere eseguita la marsupializzazione e zaffamento. Esse debbono sempre essere aggredite attraverso a sicure aderenze pleuriche e, qualora queste non esistano, in due tempi.

CALABRESE U. D. (Bologna). — *Cisti d'echinococco del polmone.* — L'O. riferisce di sette casi da lui operati in più di venti anni di esercizio professionale. Pur riconoscendo che i metodi di Lamas, Mondino-Prat, Posadas, Antonucci, Sauerbruch e di Valdoni, possono dare applicati caso per caso buoni risultati, lui ha sempre seguito il metodo Taddei ed in tre ammalati ha praticato una incisione larga e declive in un tempo solo, essendo la pleura molto aderente alla cisti, negli altri tre ha invece espletato la pneumopessia in primo tempo, ed in secondo la incisione della cisti con zaffamento e drenaggio.

VALDONI P. (Roma). — *Sulla cura delle cisti da echinococco del polmone.* — L'O. riferisce della esperienza avuta con l'applicazione del suo metodo nella cura della cisti da echinococco del polmone.

L'operazione va praticata in due tempi. Nel primo tempo si reseca la costola corrispondente alla posizione radiologica della cisti, si scolla la pleura parietale e si applica un piombaggio extrapleurico in paraffina. Dopo 15 giorni si apre la ferita, si asporta il piombaggio e si apre la cisti estraendo la membrana cistica. Segue il drenaggio del cavo con tubo di gomma e il rifacimento del piombaggio extrapleurico con garza.

Chiuso il cavo cistico si lascia chiudere per secondo il cavo extrapleurico.

Discussione del tema di relazione.

D'AGOSTINO F. (Imola). — Ha osservato più di 20 casi da echinococco al polmone; con grande frequenza era colpito il lato destro. Crede che non sia indicata la frenicoexeresi e il pneumotorace. Interviene sempre in un tempo e asportata la cisti zaffa la cavità residua. Riferisce di alcuni casi che hanno un particolare interesse per la sede e per la via seguita per l'enucleazione.

PUTZU F. (Cagliari). — È vero che in casi iniziali l'echinococco del polmone può essere silenzioso, ma non sempre; anche nel periodo iniziale l'echinococco si manifesta con sintomi clinici che non è il caso di enumerare ma che in realtà sono rilevabili. In ogni caso però la diagnosi viene precisata dall'esame radiologico che è quasi, direi, caratteristico e che quasi mai fallisce.

Altre risorse diagnostiche si trovano nella eosinofilia, la quale è però comune a molte altre affezioni e nell'echinococco può mancare, almeno nella percentuale voluta del 4 e più per cento.

La Casoni non è risultata positiva all'O. nella percentuale citata dagli altri oratori che la ritengono quasi costante, l'O. l'ha trovata negativa in più del 35 %. Essa poi non è specifica, rispondendo talora a reazioni di gruppo.

Più sicura da questo punto di vista è la Ghedini-Weinberg, la quale però dà esito positivo in una percentuale assai inferiore di casi.

Per riguardo alla terapia non è vero che essa debba essere sempre chirurgica cioè che debba consistere nell'aggressione diretta col bisturi della cisti, come ha detto D'Agostino: quando la cisti è ilare e piccola l'aggressione diretta col bisturi è difficile e non priva di pericoli. In questi casi è raccomandabile il metodo Valdoni, che l'O. ha praticato felicemente in due casi.

Quando invece la cisti è grossa e superficiale mi comporto a seconda dei casi. Se la cisti è suppurata ricorro alla marsupializzazione in due tempi se la cisti è libera, non aderente; in un solo tempo quando la cisti è aderente alla pleura parietale.

Nei casi in cui la cisti è sterile incide la cisti per lo più in un tempo, più raramente in due tempi, e la drena con garza per 5-6-7 giorni, indi sopprime il drenaggio e lascia chiudere la pleura parietale. Con questo metodo nella maggior parte dei casi ha avuto guarigione rapida, talora si è avuto ristagno di liquido, ciò che ha costretto a drenare nuovamente la cisti e ad ottenere la guarigione lenta.

FABRIS F. (Venezia). — *Considerazioni sulla frequenza e l'istogenesi dei tumori polmonari primitivi.* — La grande frequenza dei tumori primitivi riscontrata con rigore anatomo-istologico nella sala settoria di Venezia (per cui in quest'anno si sono sezionati più casi di morte per tumore polmonare primitivo che per qualunque altro tumore e per la stessa tubercolosi) deve richiamare l'attenzione dei pratici sulla necessità di prendere in considerazione l'esistenza di questi tumori di fronte ad un malato con sintomi anche lontanamente sospetti.

A togliere dubbi sulla genuità di tanti casi riscontrati valgono, oltre l'esame necroscopico completo, l'apprezzamento di alcune caratteristiche necroscopiche frequentissime (sede ilare, oppure

compenetrazione del tumore in un tessuto sclerotico spesso per tubercolosi latente) e alcune caratteristiche istologiche. Queste riflettono un tipo assai frequente (circa 1/3 dei casi che comporta tumori a piccolissime cellule, che alcuni potrebbero interpretare sarcomatose). Si tratta invece di cellule epiteliali, come dimostrano le loro frequenti evoluzioni in senso decisamente platocellulare o adenocarcinomatoso, e che in molti casi mostrano di derivare da una cellula indifferenziata, motrice di tutti gli epiteli dell'albero bronco-infundibolo-alveolare, come traspare anche da ricerche sperimentali che l'O. ha in corso.

FALCONE R. (Cosenza). — Richiama l'attenzione sulla tosse insistente accompagnata da piccoli e distanziati sputi sanguigni, che possono rappresentare un importante sintomo d'allarme, quando manchi sputo o altri fenomeni che possono far pensare alla tubercolosi, per sospettare e richiedere altre indagini per la diagnosi della cisti da echinococco polmonare.

Tale sintomo è stato da lui riscontrato con costanza.

BRANCATI R. (Parma). — Rileva l'aumento e la frequenza dei tumori del polmone che può essere posta in relazione con l'assorbimento di sostanze provenienti dal carbonio. Agli stimoli irritativi è particolarmente esposto il polmone destro. Crede che il cancro dei minatori dello Schneeberg sia un vero neoplasma. Naturalmente l'aumento è dovuto anche al prolungamento della vita dell'uomo.

La classificazione dei tumori del polmone deve venire semplificata. Crede che il cosidetto sarcoma a piccole cellule fusate sia un epitelioma a cellule basali. Fra i tumori epiteliali distingue quelli a cellule di rivestimento, l'adenocarcinoma, che può essere a cellule embrionali, funzionali e a tipo scirroso e finalmente l'adenocarcinoma papillifero.

PEPERE A. (Milano). — Si riferisce al materiale anatomico di Milano per negare almeno per la Lombardia, un aumento assoluto del cancro polmonare e non crede pertanto che il presunto aumento possa dipendere da quegli elementi demografici riferiti da altro collega in quanto: il cancro polmonare ricorre in età presenile con maggiore frequenza. Fa qualche considerazione sul significato delle cellule basali convinto che esse sieno di origine epiteliale e pertanto che i tumori da esse provenienti sono dei cancri.

Ricorda i cancri a cellule fortemente anaplastiche che possono essere equivocati con i sarcomi e porta l'attenzione sui tumori che originano dalle ghiandole mucose dei bronchi.

MAGGIO P. (Napoli). — L'O. richiama l'attenzione sulla eventualità che una cisti da echinococco del polmone non suppurata si associ ad una suppurazione polmonare pericistica. Tale complicazione fa sì che pure operando tempestivamente l'ammalato di enucleazione della cisti, persista uno stato morboso febbrile di natura non bene diagnosticabile sia clinicamente che radiologicamente. Ed a comprova riferisce di un caso capitato alla sua osservazione.

L'ammalato fu operato di cisti da echinococco del polmone sinistro che si riteneva suppurata per la presenza di una febbre intermittente caratteristica, e che invece all'intervento non risultò suppurata.

Dopo l'atto operatorio la febbre non cadde. Tutte le indagini, comprese quelle radiologiche, non portarono alcuna luce a tale strano decorso.

In 8ª giornata dall'intervento si ebbe l'apertura spontanea di una cavità ascessuale polmonare attraverso la bocca operativa a seguito della quale la febbre scomparve, lo stato generale migliorò e l'ammalato volse a guarigione.

ALESSANDRI R. (Roma). — Ritiene molto importante la considerevole frequenza dei tumori del polmone come ha dimostrato anche il relatore e in genere i reperti di autopsia mentre i contributi chirurgici sono ancora scarsi. L'aumento della frequenza è dovuto in parte anche alla maggiore precisione di diagnosi; è accaduto non raramente di operare con diagnosi di ascesso e di gangrena casi di tumore; questo ci impone di dover sospettare il tumore quando si discutono altre diagnosi. I progressi della radiologia e della broncoscopia devono portare a una diagnosi più precisa. L'operazione di scelta è certamente la lobectomia che anche egli ha eseguito una volta e che specie da alcuni chirurgi inglesi è stata applicata frequentemente con questa indicazione e con buoni risultati. Questa è certamente la via da preferire.

Riguardo la cisti da echinococco gli sembrano essere molto interessanti gli studi sulle alterazioni del polmone circostante. Quando vi sono aderenze, l'apertura declive come fa Taddei è certamente la condotta migliore. Ritiene che l'intervento sia quasi sempre indicato perchè anche nelle cisti aperte la eliminazione della membrana chitinosa è difficile e la sua persistenza mantiene la suppurazione. Il metodo di chiusura per prima non gli ha dato buoni risultati e ritiene preferibile l'uso del piombaggio perchè salvaguarda meglio la vita del paziente.

(*Continua*). P. VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Catalana di Urologia.

Presidente: Dr. V. COMPAÑ.

Seduta del 7 giugno 1935.

Tecnica di perfezionamento della sutura dell'uretere.

J. ORSOLA MARTIN. — Dopo aver passato in rivista i metodi attuali e i risultati operatori mette in evidenza la frequenza dell'idronefrosi secondaria, dovuta, secondo l'O. all'interruzione delle fibre simpatiche che assicurano la peristalsi ureterale. Egli consiglia di associare alla ureterorafia una pielostomia mantenuta per circa 30-35 giorni; in questa maniera si evita la dilatazione immediata post-operatoria del moncone superiore e si ristabilisce, perchè si mantiene normale la parete, la neurotizzazione simpatica del moncone inferiore; dopo 30-35 giorni vi è una ricostituzione funzionale completa e allora si farà chiudere la fistola pielica.

Nella discussione i dottori SERRALLACH e COMPAÑ mettono in evidenza l'importanza della derivazione temporanea dell'orina proposta dall'O. nei casi di ureterorafia.

Un caso di chiluria trattato chirurgicamente.

DR. PEDRO GAUSA. — In un uomo di 34 anni, la chiluria era solamente sinistra. Non filaria. All'operazione non fu rinvenuto nulla di patologico: venne fatta una dissezione accurata del peduncolo renale e asportato il grasso del peduncolo. Nefropessi e chiusura della ferita. Segue una guarigione clinica completa. P. V.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le ematurie.

Le ematurie che si prolungano richiedono l'esame di uno specialista. Si prenderanno dapprima in considerazione le malattie generali (scorbuto, emofilia, leucemia, malattie infettive); ma anche in presenza di una malattia generale capace di dare ematuria, vi possono essere delle cause locali di questa, come nel caso citato da S. R. (*Journ. des praticiens*, 16 marzo 1935) di una donna con nefrite cronica ed ipertensione in cui la ematuria poteva logicamente attribuirsi a questa; però l'ematuria continuava malgrado il riposo e l'esame cistoscopico fece scoprire dei papillomi vescicali.

Le ematurie dette essenziali sono legate a nefriti parcellari e sono curabili. In due giovani, con ematurie che si ripetevano ogni due mesi, l'A. mediante il riposo e delle iniezioni di Hémostyl ottenne la guarigione, che dura da venti anni.

Nei giovani, la diagnosi che viene dapprima alla mente è quella di tubercolosi renale, in cui si trova generalmente il rene più grosso, dolente alla pressione e spesso dei noduli al testicolo.

Nell'età adulta, si trovano il più spesso dei tumori renali (cancro, sarcoma) e spesso le ematurie sono minime e sono rivelabili all'esame microscopico. Nei vecchi, si ha a che fare generalmente di prostata ipertrofica.

Le ematurie che vengono trattate dal medico pratico sono quelle delle cistiti, delle coliche nefritiche e delle malattie generali.

Nelle *cistiti*, si ordinerà il riposo in letto, i clisteri laudanizzati (XV-XX gocce in 1/4 di litro, un'ora dopo evacuazione dell'intestino mediante clistere). Se vi è tenesmo, 1/2 centigrammo di morfina per iniezione. Evitare le bevande abbondanti. Si potrà prescrivere del cloruro di calcio o dell'ergotina, ma tali sostanze agiscono meno bene che gli oppiacei. Se la cistite si prolunga o si manifesta di origine tubercolare, s'impone l'ablazione del rene.

Anche nella *colica nefritica*, l'oppio è il rimedio più indicato; si tenga presente che la colica può mancare pure in presenza di calcoli ed è allora la radiografia che viene in soccorso, accanto ai commemorativi anamnestici.

Nelle ematurie delle *malattie infettive*, riposo in letto, dieta idrica (1 litro di acqua nelle 24 ore all'adulto); nei bambini, pensare allo scorbuto (somministrare in tal caso il succo di arancio o di limone).

Nell'*emofilia* è stato consigliato il solfato di sodio (10 cg. ogni ora): nella porpora, il solfato di chinina (5 cg. mattina e sera) od anche il cloruro di calcio; sono attive le iniezioni di hémostyl. Nella malattia emorragica del neonato, le iniezioni di siero salato; contro la leucemia, il liquore di Fowler. *fil.*

Infezioni del tratto urinario nel diabete.

Secondo T. P. Sharkey e H. F. Root (*Journ. amer. med. assoc.*, 22 giugno 1935) da quanto risulta da 196 autopsie di diabetici, le infezioni del tratto urinario si riscontrano nel 18 %. Il 70 % dei casi appartiene al gruppo ematogeno (infezione del tratto urinario secondaria ad altra infezione nell'organismo stesso). In altri casi, si è rilevata un'infezione ascendente secondaria a lesioni ostruttive; in un piccolo gruppo, in cui vi era una grave infezione renale, fu impossibile accertare l'eziologia.

Le infezioni si hanno specialmente nel diabete non curato (i casi degli AA. erano tutti ospedalieri). Spesso sono assenti i comuni sintomi riferibili al tratto urinario, sicchè essi vanno ricercati; specialmente, la presenza di febbre che nulla può spiegare deve spingere all'esame dell'apparato urinario.

Talvolta, il cateterismo è il responsabile dell'infezione, la quale generalmente tende alla cronicità ed alle recidive. *fil.*

Progressi nel trattamento delle malattie renali.

T. Izod Bennett (*The Practitioner*, ottobre 1935) passa in rivista i recenti progressi nel campo del trattamento delle malattie renali, che sono stati notevoli specie per le nefriti acute, l'edema e le infezioni colibacillari del tratto urinario.

L'essenziale nella cura della nefrite acuta è di assicurare il più completo riposo possibile per il rene, il che si ottiene mantenendo il p. per giorni e, se necessario, talvolta per settimane ad una dieta rigorosa, che si avvicina all'affamamento: buona regola è limitare la introduzione di liquidi ad una quantità che non superi, se possibile, l'ammontare di urina eliminata nelle 24 ore precedenti; la restrizione dei cibi deve essere ancora più severa: è bene limitare i cibi a pochi pezzetti di mela, aggiungendo dopo qualche giorno altra frutta e carboidrati facilmente assimilabili. Se la dieta non è sufficiente a neutralizzare la tendenza all'iperacidità dell'urina, si devono somministrare alcalini, preferibilmente citrato di potassio. Bisogna prendere eventualmente in considerazione l'asportazione delle tonsille o di altri foci settici.

Quanto all'edema in tutti i casi in cui si ritiene che esso sia in rapporto con un'albuminuria cronica con conseguente impoverimento del plasma in proteine bisogna curare che la dieta contenga la minore quantità possibile di sale e che non sia troppo povera in proteine. Se ciò non fosse sufficiente si useranno i diuretici, provando per primi i sali

di potassio e ricorrendo poi eventualmente all'urea; in casi di nefrosi pura si possono adoperare i diuretici mercuriali. Se l'edema è di alto grado e non cede alla terapia, resta il drenaggio chirurgico.

Nelle infezioni delle vie urinarie un trattamento mediante alcali dà buoni risultati in una notevole percentuale di casi: è importante somministrare dosi sufficienti che rendano l'urina alcalina. La dieta chetogena ha dato risultati soddisfacenti in molti casi, ma essa è costosa, sgradita e necessita un continuo controllo. Si è cercato quindi di ottenere gli stessi risultati mediante l'impiego di sostanze chimiche, ricorrendo al sale sodico dell'acido mandelico. Casi resistenti agli alcali sono spesso complicati da insospettate ostruzioni in qualche tratto delle vie urinarie.

M. NUNBERG.

Il trattamento medico delle pielonefriti.

Nei casi in cui è indicato il trattamento medico, G. Wolfromm (*Presse médicale*, 9 ott. 1935) consiglia quanto segue:

I. *Pielonefrite acuta di media gravità.* 1) Sali di ossichinoleina (3-4 compresse alla fine dei pasti). Alimentazione leggera, ma varia; il malato deve bere secondo la sete. Se vi è miglioramento immediato, continuare per un mese; ma se il miglioramento non si ha entro i 4 giorni, passare al seguente.

2) Bere, a mezzi bicchieri, specialmente il mattino, 2 litri di acqua o di tisane leggere zuccherate. Somministrare, in 2 volte, 8-10 grammi di citrato di sodio; alimentazione puramente vegetale. Se vi è miglioramento entro 4 giorni, continuare per 10, altrimenti, se la febbre non è scomparsa, passare al seguente.

3) Somministrazione di 3-4 dosi giornaliere da 50 cg. di urotropina. È necessario acidificare l'urina mediante il cloruro d'ammonio (3 dosi da un g.) od acido fosforico officinale (3 dosi da un g.). Alimentazione varia e leggera, con carne ai ferri, che contribuirà ad acidificare l'urina. Pochi liquidi. Eventualmente, *regime chetogeno* (non idrati di carbonio, poca carne, molto burro e crema, nonchè olio). Se l'urotropina è tollerata, limitarsi alla medicazione acidificante ed al regime chetogeno.

Continuare per una decina di giorni ed, in caso d'insuccesso, drenare i bacinetti con sonde ureterali a permanenza.

Regole generali. Il malato rimarrà a letto, evitando il freddo; contro gli spasmi ureterali, estratto di belladonna (2-5 cg.) o solfato di atropina (1/4 ad 1 mg.) o genatropina (2-6 mg.), al giorno.

II. *Pielonefrite cronica.* A. *Nelle forme dolorose.* 1) I sali di ossichinoleina come sopra per un mese (se agiscono); altrimenti, dopo 10 giorni, passare al:

2) trattamento di diuresi e di alcalinizzazione come sopra. Se dopo 10 giorni, non si hanno miglioramenti:

3) trattamento con vaccini per bocca o sottocute o col batteriofago; entro 10 giorni per i primi e 20 per il secondo, si può vedere l'effetto.

Analogamente, in 10 giorni, si vede l'effetto del:

4) trattamento con i balsamici: trementina (1-3 g.) od estratto di sandalo (2-4 g.) al giorno, riducendo la razione di liquidi, per favorire la concentrazione.

Come regole generali: applicazioni calde all'ipogastrio e alle reni, semicupi caldi, piccoli clisteri caldi. Genatropina e gardenal; diffidare dell'urotropina, che può esagerare i dolori.

B. *Nelle forme senza dolore.* Si elencano i trattamenti consigliabili: 1) Sali di ossichinoleina (un mese); 2) urotropina ed acidificazione delle urine; 3) diuresi ed alcalinizzazione; 4) sali di amidopirina (40-60 cg. al giorno); 5) collargolo (g. 0,75-1, per bocca, al giorno); l'azione di questi ultimi 4 medicamenti si giudica in 10 giorni; 6) esilresorcina (6-12 capsule al giorno); in 1-2 mesi, si giudica l'effetto; 7) vaccini o batteriofago come sopra.

In caso d'insuccesso lavatura dei bacinetti con il nitrato d'argento.

L'insuccesso del trattamento medico non deve condannarlo senz'altro; lo si può ripetere e, talvolta, riesce. Le restrizioni alimentari non vanno prese in considerazione che durante un attacco acuto o per favorire l'azione di un dato medicamento; ad ogni modo, non vanno continuate a lungo. Consigliabili sono anche le cure idrominerali.

Malgrado tutte le cure, molti malati non guariscono. Dopo un certo tempo in cui si sono curati, è meglio lasciarli tranquilli, facendo loro fare una vita ed un'alimentazione normali. Un certo numero finisce col guarire ed accade talora che quelli che non si curano vanno meglio di quelli che hanno tanti riguardi.

Nella pielonefrite gravidica, febbrile, si metterà in opera il trattamento delle forme acute; se non si ha guarigione, drenaggio dei bacinetti, che può durare delle settimane o dei mesi; se nemmeno in tal modo si ottiene nulla, non tardare a fare l'interruzione di gravidanza.

fil.

Nell'enuresi notturna.

F. Freisfeld (*Münch. med. Wochens.*, 1935, n. 16) raccomanda l'uso della diuretina. Se ne dà, al mattino alle 8 ed alle 10 una quantità corrispondente all'età (tanti centigrammi quanti ha il bambino). Dopo le 16, non si dà più nulla da bere. Nella maggior parte dei casi, già fin dalla notte seguente non si ha più enuresi. Si continua la cura per 8-10 giorni. Con la sospensione della diuretina, si allenta la limitazione delle bevande; ciò nonostante, il successo non manca. Nel caso di recidive, ripresa

della cura. Evidentemente, questa si farà soltanto se non vi sono cause organiche dell'enuresi. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Il granuloma dell'ultravirus tubercolare.

A. Marcantonio (*Revue de la Tuberculose*, n. 4 aprile 1935) riferisce come egli, parecchi anni prima che Fontes annunziasse il risultato delle sue esperienze sulla filtrabilità del virus tubercolare (1910) avesse già rese note (*Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, Napoli 1901) alcune ricerche, da lui eseguite nell'Istituto di Anatomia Patologica di Napoli, diretto dall'Armanni, le quali mettevano in evidenza che « il siero ed il sangue defibrinato di animali con tubercolosi miliare acuta sperimentale, iniettati, previa filtrazione attraverso la candela di Chamberland, nel connettivo sottocutaneo o nel peritoneo di animali sani della stessa specie o di specie differente, determinano nel fegato, nel polmone e nella milza, o nella milza soltanto, la formazione di lesioni a focolai tuberculiformi, nei quali non si trovano nè bacilli nè cellule giganti ».

In quel tempo, 34 anni fa, del virus tubercolare si conoscevano soltanto i bacilli e le tossine. Non potendosi attribuire le dette lesioni all'azione dei bacilli, perchè il siero ed il sangue defibrinato degli animali infetti, prima di essere iniettati ad animali sani, erano stati filtrati — ove mai nella filtrazione fosse avvenuto un errore di tecnica, i bacilli passati attraverso la candela, avrebbero determinato la formazione di tubercoli classici — e nell'impossibilità di far dipendere tali speciali neoformazioni da altra causa patogenetica, esse furono messe in rapporto con i veleni tubercolari.

La genesi vera però e la identificazione di queste lesioni, che non hanno riscontro in anatomia patologica, nè umana, nè comparata, rimasero sempre un enigma, non soltanto per l'A. ma anche per tisiologi ed istopatologi insigni, quali lo Schrön, l'Armanni ed il Boccardi, che avevano avuto occasione di osservare i preparati.

Al lume delle moderne conoscenze, le cennate lesioni, prodotte per la prima volta dall'A., sono, come egli ora ha potuto dimostrare, dei veri granulomi, causati dagli elementi filtrabili, esistenti come è noto, in gran copia e molto virulenti, nel sangue degli animali ed anche dell'uomo con tubercolosi miliare acuta.

Per quanto riguarda la loro istogenesi, essi sono da considerarsi quali tubercoli rudimentali, come rudimentali, rispetto al bacillo, sono gli elementi filtrabili che li producono.

Se le ricerche batteriologiche del Fontes hanno avuto il merito di dimostrare l'esistenza di elementi filtrabili turbecolari, quelle dell'A., eseguite nove anni prima nel campo istologico, ne hanno messo in luce la lesione specifica. *a. p.*

VARIA

La partenologia.

Nel campo della ginecologia generale merita l'attenzione la partenologia (studio della giovanetta, della vergine) a cui contribuiscono l'embriologia, la morfologia, l'anatomia macro- e microscopia, la fisiologia che danno la spiegazione delle grandi diversità che si trovano nelle individualità femminili.

Come osserva F. Jayle, in una conferenza parzialmente riferita dalla *Presse médicale* (3 agosto 1935), non esiste un tipo variabile di apparecchio genitale; la normale non è che una concezione teorica e nessuna ragazza è fatta allo stesso modo dell'altra.

L'eredità, o per meglio dire l'atavismo, comanda in principio la vitalità, la forza, l'evoluzione probabile della futura donna; dopo la sua nascita, sono le condizioni ambientali di educazione razionale, di sviluppo secondo la natura che possono guidarla in senso favorevole per l'individuo e per la razza.

Jayle insiste sugli stretti rapporti esistenti fra l'apparecchio genitale e tutta l'economia, il che indica la necessità di un esame completo dell'individuo. Sia per la consumazione corretta del matrimonio, come in previsione della desiderabile maternità, l'A. ritiene indicato un esame prenuziale. Il pratico deve esaminare il ventre nel suo insieme e porterà la sua attenzione sullo stato dei tessuti vulvari, ricercandovi i piccoli segni di sclerosi, poichè l'ovaio è il centro trofico di tutto l'apparecchio genitale e la vulva è lo specchio di tale ghiandola.

Jayle adotta un particolare strumentario per questi esami e si occupa dei vari interventi operatori, nei quali egli aggiunge si deve avere un sommo rispetto per l'estetica; giustamente, egli deplora le grandi incisioni addominali e le inutili mutilazioni. La fisioterapia, gli esercizi muscolari, la cessazione degli studî, la vita in campagna sono spesso i migliori metodi di cura.

L'A. termina il suo dire augurandosi la istituzione in tutte le Facoltà di un insegnamento o meglio di una Consultazione di partenologia.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

M. DE SANTIS. *Nuove ricerche sulla differenziazione delle Brucelle mediante la cultura su terreni all'uovo.* — Ind. Graf. Stucchi, Milano, 1934.

R. PALAZZO y I. TENCONI. *Transfusion de sangre conservada.* — Imprenta Spinelli, Buenos Aires, 1934.

F. DOMENICI. *La questione dei portatori di germi patogeni rispetto all'assicurazione generica sulle malattie.* — Tip. Franchino, Cuneo, 1935.

F. DOMENICI. *Sulla specificità della reazione di Viale per la ricerca dell'adrenalina nell'urina.* — A. Nicola, Varese, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il corporativismo in Italia.

« Le Journal des Praticiens » (12 ottobre 1935) riassume brevemente un eccellente studio di Henri Mazel sul Corporativismo in Italia pubblicato su « Mercure de France » il 15 settembre 1935.

Non bisogna farsi illusioni, dice Henri Mazel, il vero conflitto non è fra la libertà e l'autorità, nè fra la democrazia e l'oligocrazia, esso è fra la civiltà e la barbarie, fra le forze di distruzione e le forze di conservazione. La dittatura del proletariato è l'asservimento, la miseria, il ritorno alla barbarie primitiva. La dittatura del fascismo rispetta la dignità individuale, favorisce la proprietà e il risparmio, protegge la morale e la religione, cioè consolida le fondamenta di una società civilizzata.

I conflitti fra padroni e operai non sono appianati a profitto dei primi, ma a vantaggio dell'interesse generale, la discordia essendo il primo pericolo da evitare.

Un secondo merito del Corporativismo italiano è di favorire una evoluzione economica condizionata dalla proprietà e dal risparmio, mentre il regime sovietico, sopprimendo questi due fattori di prosperità, arresta il movimento degli affari e abbatte un regime di rovina su di una popolazione di schiavi.

Infine un'altra superiorità è data dal fatto che la coesione del Corporativismo favorisce lo sviluppo della forza nazionale.

Per noi francesi, dice il Mazel, la costituzione italiana così come è organizzata, è un bastione di salvaguardia sociale drizzato contro le sette di ideologici e le compagnie di briganti che, con il pretesto del progresso, tenderebbero a farci ritornare ad epoche selvaggie che gli uomini non avevano conosciuto da migliaia di anni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BRESSANONE (*Bolzano*). — Comune cerca Medico Assistente per sanatorio malattie di petto. Assunzione immediata. Per chiarimenti rivolgersi al Comune. (Commissario Prefettizio: dott. Bettarini).

VARESE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Si rende noto che in seguito a disposizioni dell'On. Ministero dell'Interno, il concorso a 5 posti di Medico Dirigente delle Sezioni Dispensariali ed al posto di Medico Aiuto del Dispensario Provinciale verrà espletato. Si avverte inoltre che il termine utile per la presentazione della domanda e dei documenti per essere ammessi al detto concorso è prorogato al 14 dicembre 1935-XIV, ore diciotto. Il presidente: G. Puricelli. - 6-XI-1935-XIV.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Come abbiamo annunziato, il prof. Giuseppe Sabatini, allievo di Vittorio Ascoli, ha avuto l'altissimo onore di essere chiamato a dirigere la R. Clinica medica di Genova, già illustrata da Edoardo Maragliano e da Nicola Pende.

Il prof. G. Sabatini è stato, alla partenza da Sassari, salutato dal Segretario Federale, da numerose autorità, da colleghi ed amici.

Al neo Clinico di Genova, che per moltissimi anni fu attivo e prezioso nostro collaboratore, le più sincere felicitazioni e i migliori auguri de « Il Policlinico ».

La cattedra di semeiotica presso la R. Università di Roma, finora tenuta dal prof. Giuseppe Bastianelli, è stata, con recente decreto del Ministro dell'E. N., affidata per incarico al prof. Angelo Signorelli, cui facciamo i nostri vivi rallegramenti.

L'Università di Parigi, nella seduta inaugurale del nuovo anno accademico, il 9 novembre, ha conferito il titolo di dottore *honoris causa* ai proff. B. A. Houssay, di Buenos Aires; Thomas Hunt Morgan, di Pasedena (California); J. Bidey, di Gand; R. Wasicky, di Vienna.

☛ Utilissimo ad ogni Medico:

Il Diritto Pubblico Sanitario

Periodico mensile di legislazione e giurisprudenza

Direttori:

On. dott. **Aristide Carapelle,** Consigliere di Stato.
Avv. **Giovanni Selvaggi,** Esercente in Cassazione.

Editori **Fratelli Pozzi** — **Roma**

Il Numero 10 (Ottobre 1935) contiene:

La circoscrizione delle condotte mediche e i trasferimenti dei sanitari da una una condotta all'altra.

NOTE SINTETICHE: **La sostituzione dell'ufficiale sanitario nei casi di assenza, e quando non si può provvedere alla sua nomina.**

Rassegna di giurisprudenza: Avviso del concorso; diritto di ricorso. — Concorso; impugnativa degli atti della Commissione; deposito di copia di essi. — Concorso; ricorso collettivo; illegittimità della nomina. — Concorso; giudizio illegittimo. — Concorsi; bollo dei documenti. — Concorso; acquiescenza. — Sospensione per tempo indeterminato; annullamento dell'atto primitivo; effetti su quella. — Rapporto di impiego; nomina irregolare; efficacia. — Limiti della reintegrazione nell'impiego per causa di annullamento dell'atto espulsivo. — Esercizio abusivo; confisca. — Licenziamento per fine del periodo di prova; parere della Consulta. — Infortunio; nevrosi post-traumatica; concorso. — Riscossione di pensione; successivo ricorso. — Campioni medicinali; commercio. — Vendita di acqua nota per qualità terapeutiche; difetto di potabilità.

Leggi e Atti del Governo: Acque gassose allo sciroppo di frutta. — Centrali del latte. — Sorgenti per acqua potabile. — Repressione dell'aborto illecito.

Prezzo del suddetto numero separato L. **5**

N. B. - L'abbonamento ai dodici Numeri del 1935 costa L. 36, ma agli associati al « Policlinico » è concesso per sole L. 30, che vanno inviate, mediante Vaglia Postale o Bancario, all'Amministrazione del « Diritto Pubblico Sanitario » (Editori Fratelli Pozzi), Via Sistina 14, Roma. ***Al ricevimento dell'importo verranno spediti subito tutti i Numeri già pubblicati dal Gennaio.***

NOTIZIE DIVERSE

5° Congresso nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Si è svolto dal 6 al 9 novembre, nella sede dell'Istituto « Carlo Forlanini », che è una delle realizzazioni più imponenti che siano state attuate nel mondo per la lotta contro la tubercolosi; si è chiuso a Littoria.

Il Sottosegretario di Stato agli Interni, on. Buffarini-Guidi, ha inaugurato i lavori. Alla seduta hanno partecipato oltre 500 studiosi convenuti da ogni parte d'Italia. Erano presenti anche il segretario generale dell'Unione internazionale per la lotta antitubercolare, prof. Bezançon, e altri stranieri. Si notavano i rappresentanti del Senato, della Camera, del Partito e i dirigenti dei nostri maggiori Enti e istituti medici e sanitari.

Il Vice Governatore di Roma rivolse ai convenuti il saluto augurale dell'Urbe.

L'on. Morelli pose in evidenza la vastità dell'opera compiuta dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Questa si è svolta anche a favore dei medici tubercolotici, 40 dei quali sono stati ricoverati gratuitamente nei sanatori; la maggior parte sono guariti, mentre 16 sono caduti, come combattenti fervidi ed eroici di questa grande battaglia impegnata per la sanità della razza. L'oratore ha quindi portato ai presenti il saluto deferente e il ringraziamento dei 1500 malati ricoverati nell'Istituto ed ha voluto ricordare come non appena hanno saputo che per controbattere le sanzioni votate a Ginevra, il Regime aveva adottato alcuni provvedimenti tendenti a restringere i consumi, tutti questi malati hanno chiesto che venisse loro tolta la carne nei giorni in cui essa non è venduta al pubblico.

Il prof Bezançon ha rilevato quanto si deve all'Italia per la lotta antitubercolare: ha reso omaggio alla memoria del Forlanini ed ha espresso la sua ammirazione per quanto si è realizzato sotto il Regime fascista. Rilevando l'accenno alle sanzioni fatta dall'on. Morelli, l'oratore, che è un francese, ha voluto manifestare al Congresso tutto il suo sentimento personale di profonda amarezza e disgusto per un'azione che tende a colpire la grande Nazione italiana, che fu sempre Maestra di civiltà al mondo e che oggi ancora dona al mondo la luce della sua civiltà fascista.

Il sen. Maragliano, a nome dell'on. Paolucci, ha rilevato come, per merito del Governo fascista, la lotta contro la tubercolosi sia entrata nella coscienza nazionale.

Il Sottosegretario di Stato agli Interni, on. Buffarini-Guidi, ha detto che i lavori dovranno essere rivolti, più che alla constatazione dell'opera compiuta, alla precisazione dei compiti futuri.

La parola d'ordine è ancora quella enunciata dal Duce all'inaugurazione del IV Congresso a Bologna: « l'unione di tutte le energie sotto il simbolo romano del Littorio è, più che altrove, in questo campo necessaria ». Con tale altissimo auspicio in nome di S. M. il Re e per ordine di S. E. il Capo del Governo, Duce del Fascismo, dichiara aperti i lavori.

L'on. Biagi, Presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, ha pronunziato la conferenza inaugurale, trattando il tema « Assicurazione e tubercolosi ».

* * *

Le relazioni — dei proff. Petragnani, Micheli, Monaldi, Breccia — nonchè le correlazioni e le discussioni hanno avuto ampio sviluppo e sono state seguite con vivo interesse. Non sono mancate pregevoli comunicazioni.

Una delle sedute si è svolta nella sala operatoria, ove il prof. Alessandri ha proceduto a varî atti operativi, insieme al prof. Monaldi.

I congressisti hanno infine compiuto una gita nell'Agro Pontino e tenuto una seduta a Littoria, ove venne svolto uno dei temi e sono stati chiusi i lavori. Il prof. Petragnani ha dichiarato sciolto il congresso, col saluto al Re ed al Duce.

Dopo una visita a Sabaudia i congressisti hanno recato una corona d'alloro sul luogo dove recentemente è deceduto, per incidente aviatorio, Giorgio De Blasi, studente in medicina, volontario per l'A. O.

* * *

Ci limitiamo a questi fugaci cenni di cronaca, perchè dei lavori ci riserviamo di dare un resoconto in altra parte del giornale.

* * *

Imponente per numero di intervenuti e importante per deliberazioni prese, è riuscita l'assemblea generale della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, tenutasi nella sede dell'Istituto Forlanini.

Il prof. Bocchetti nell'esporre l'attività svolta dalla Federazione, fa un'ampia rassegna di quanto, seguendo le direttive della Sanità Pubblica, è stato realizzato.

L'on. Biagi, Presidente dell'Istituto della Previdenza Sociale, esprime il proprio compiacimento per il risultato dei lavori svolti nell'Istituto Forlanini, che non è solo un sanatorio, ma anche un Istituto scientifico e fucina di medici e di apostoli.

Si passa alla rinnovazione delle cariche sociali che risultano così composte: presidente: on. prof. Raffaele Paolucci; vice presidenti: sen. prof. E. Maragliano, on. prof. E. Morelli, prof. A. Ilvento; segretario generale: prof. F. Bocchetti. Consiglio Direttivo: prof. C. Benedetti, prof. A. Busi, prof. A. Campani, prof. A. Ferrannini, prof. C. Giannini, prof. G. Mendes, prof. F. Parodi, prof. V. Putti, prof. M. Redaelli, prof. L. Sagona, avv. Santo, prof. Signorelli, prof. Vercesi, prof. P. Zannelli, un rappresentante della Direzione Generale della Sanità Pubblica; Revisori dei Conti: prof. Cherubini e gr. uff. dott. A. Lusignoli.

In ultimo il sen. Maragliano rivolge a tutti con nobili parole il saluto del congedo e l'on. Biagi si unisce a lui nel saluto al Re e al Duce.

33° Congresso nazionale di oculistica.

Il Congresso della Società italiana di oculistica si è svolto a Trieste. All'inaugurazione, avvenuta il 7 ottobre, in una sala del Littorio, intervennero il Duca d'Aosta, patrono del Congresso, e le autorità cittadine. Il podestà, comm. Salem, ha recato il saluto della città; ha parlato poi il dott. Manzutto, presidente del Comitato ordinatore; infine il sen. Ovio ha reso omaggio al Duca d'Aosta e ringraziato le autorità.

Le sedute scientifiche si sono tenute nella biblioteca dell'Ospedale Regina Elena.

I congressisti si sono recati al monumento a Guglielmo Oberdan, ove hanno deposto una co-

rona d'alloro; hanno visitato il Museo del Risorgimento e sono saliti a San Giusto, ove hanno deposto un'altra corona al monumento ai Caduti.

Nuovi Sanatorii antitubercolari.

L'on. Biagi, presidente dell'Istituto nazionale di previdenza sociale — con l'intervento del prefetto, dell'Arcivescovo, del federale e di tutte le autorità — ha inaugurato il 4 novembre il nuovo grandioso Ospedale sanatoriale antitubercolare di Trento, che sorge in una magnifica località sulla collina di Mesiano, dominante la città.

L'edificio, ha una disponibilità di 244 postiletto e comprende un complesso moderno e razionalissimo di servizi sanitari ed igienici. L'opera, che è costata oltre 6 milioni, è una delle più grandi del genere costruita in questi ultimi tempi, per volontà del Duce, dall'Istituto nazionale per la previdenza sociale.

L'on. Biagi ha pure inaugurato, il 3 novembre, a Tufi (prov. di Siena), un importante ospedale sanatoriale capace di oltre 200 posti-letto.

La nuova città ospedaliera di Torino.

Il 9 novembre S. M. il Re ha inaugurato a Torino la nuova città ospedaliera, che sorge nel rione delle Molinette; è stato fatto segno a calde e ripetute manifestazioni di entusiasmo.

All'ingresso della città ospitaliera il Re è stato ricevuto dal Corpo Accademico e da numerosi scienziati. Il Cardinale arcivescovo Fossati, dopo avere ottenuto l'assenso del Sovrano, ha benedetto la nuova opera del Regime pronunciando brevi parole di esaltazione dello spirito di carità che ha informato l'intrapresa. Ha collegato la magnifica attività delle nostre truppe combattenti in Africa con l'operosità che all'interno prosegue nell'opera di bene.

Il prof. Donati ha illustrato le possibilità dell'opera ed ha elevato un inno alle provvide cure del Regime per le classi meno abbienti.

Il Sovrano ha quindi visitato i padiglioni.

L'area totale occupata dalla nuova Città Ospitaliera è di 142.000 metri quadrati dei quali oltre 30.000 coperti da edifici. Essa ha una capacità normale di 1200 letti circa, che potrà salire in caso di necessità fino a 1500. Oltre ai padiglioni di cura comprende le cliniche universitarie, di chirurgia, medicina generale, patologica speciale medica, neuropatologia, patologia speciale chirurgica, fisio-terapia, otorinolaringoiatria, l'istituto di anatomia patologica, di radiologia. Le cliniche dermosifilopatica e psichiatrica sono isolate.

In maniera particolare il Re si è soffermato nella sala chirurgica e nella grande Cappella.

Il Sovrano ha lasciato l'ospedale esprimendo il suo alto compiacimento.

Consultorio pediatrico mobile.

La Federazione provinciale di Milano dell'Opera per la protezione della Maternità e dell'Infanzia ha inaugurato il servizio di consultorio pediatrico mobile, che estende la sua assistenza nei comuni minori e meno accessibili della provincia, dove non esistono ancora consultori fissi.

Si tratta di un grande autobus, lungo otto metri e mezzo e largo circa tre. L'autoveicolo è diviso in due sale. La prima, a cui si può accedere facilmente e comodamente dall'esterno, ha una sala d'aspetto ed uno spogliatoio; in più vi sono un bagno con un impianto d'acqua calda e fredda ed una bilancia di precisione per pesare i bambini. L'altra sala, di dimensioni minori, è un gabinetto completamente attrezzato per visite mediche. Gli ambienti possono essere convenientemente riscaldati da termosifoni.

Scuola di perfezionamento per specialisti in igiene e sanità pubblica.

Sono aperte le iscrizioni alla Scuola post-universitaria di perfezionamento in Igiene e Sanità pubblica, istituita presso la R. Università di Bologna con R. Decreto 1° ottobre 1931 e che conferisce il diploma di specialista in Igiene e Sanità pubblica. Il corso ha la durata di due anni, al termine dei quali verrà rilasciato un diploma di Specialista.

Per ulteriori chiarimenti od informazioni rivolgersi alla Direzione della Scuola presso l'Istituto di Igiene (via S. Giacomo 18) ed alla Segreteria Universitaria (via Zamboni 33).

Corso normale di applicazione ospitaliera di clinica oto-rino-laringologica.

Questo corso sarà tenuto all'Ospedale del Littorio in Roma dal prof. Ferreri con la collaborazione di altri primari specialisti, medici e chirurghi presso la Scuola Medica Ospitaliera di Roma, in gennaio-aprile 1936.

I medici inscritti seguiranno tutte le attività del Reparto oto-rino-laringologico: in ambulatorio, corsia, medicherie e sala d'operazioni, esercitandosi nei varî servizi della specialità (medici, chirurgici e radiologici). Sarà dato particolare rilievo alla tecnica tracheo-bronco-esofagoscopica, all'esame funzionale labirintico ed oto-neurologico, all'anatomia patologica ed isto-patologia oto-laringologica. Martedì e sabato, alle ore 19-20, si tengono conferenze di patologia e clinica oto-rinolaringologica. Certificato di frequenza alla fine del corso.

Dal 1° giugno al 15 giugno 1936 sarà tenuto dal prof. Ferreri il corso rapido d'integrazione in clinica oto-rino-laringologica, di cui verrà in seguito comunicato il programma.

Per informazioni rivolgersi al dott. Lupi, Scuola Medica Ospitaliera, Policlinico, Roma.

In onore di Achille Monti.

In occasione del ritiro del prof. Achille Monti dall'insegnamento, si è tenuta, nell'Università di Pavia, una imponente cerimonia, e si è annunziata la fondazione di un premio universitario perpetuo intestato al suo nome.

La cerimonia si è svolta nell'Aula Scarpa. Il prof. Ettore Tibaldi di Domodossola ha rievocato l'opera del Maestro ed ha letto alcuni messaggi, tra cui quelli della vedova di Cesare Battisti, di Ettore Tolomei e del grande mutilato gen. Giuseppe Boriani. Parlarono poi il prof. Luigi Villa per la Facoltà, il prof. Giovanni Cagnetto per i colleghi anatomo-patologi, il prof. Piccagnoni, di Sondrio, decano degli allievi presenti. Con vivace improvvisazione rispose il prof. Monti rinnovando i ricordi dei presenti, degli assenti, dei colleghi e degli amici, salutando la memoria dei discepoli morti in guerra. Ringraziando, rilevò che alla fondazione del premio hanno contribuito medici di tutte le provincie lombarde, i quali pertanto con tale fondazione attestano la loro solidarietà coll'Università di Pavia, dimostrando di aver fede nella sua lunga vita futura.

Un po' dovunque.

Un'intervista che il sen. Castellani ha concesso al « Messaggero » (10 nov.) documenta la nostra vasta organizzazione sanitaria nell'Africa Orientale, l'efficienza dei servizi, la missione di civiltà che l'Italia viene svolgendo tra gl'indigeni in questo campo.

Ha fatto ritorno dall'Africa Orientale il dott. Giovanni Fuccio, sanitario addetto al Consolato italiano di Gondar, che insieme al console Di Lauro e al personale del Consolato dovette lasciare l'Etiopia. Egli ha raccontato le innumeri peripezie sofferte durante il viaggio.

Il suddito belga ing. Daniele Lagrange, residente a Bruxelles, ha fatto pervenire una cospicua somma al Comitato della Croce Rossa Italiana, quale manifestazione di amicizia per l'Italia e di ammirazione per i valorosi soldati che combattono in A. O.

Il Duce ha ricevuto il presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, on. Biagi, che ha riferito sui risultati dell'esercizio 1934, soffermandosi sugli apprestamenti per la prevenzione e la cura dell'invalidità, sulla lotta antitubercolare e in specie sulle costruzioni sanatoriali; una di queste sorgerà prossimamente in Libia, presso Tripoli.

La 9ª riunione della Società argentina di patologia regionale del Nord si è svolta a Mendoza, col concorso della Società medica locale. All'inaugurazione, tenutasi il 1° ottobre, intervennero alte autorità.

La Reale Società Italiana d'Igiene ha indetto un Convegno lombardo per lo studio della casa popolare ed economica nei suoi varî aspetti igienico-sociali; esso si terrà durante i giorni 11 e 12 gennaio. Rivolgersi al Comitato esecutivo, via Statuto 5, Milano.

L'Unione internazionale contro il pericolo venereo e la Lega internazionale delle Società della Croce Rossa hanno deciso di riunire a Ginevra una Conferenza marittima internazionale, per lo studio delle questioni relative alla profilassi ed al trattamento delle malattie veneree nei marinai mercantili. Prima della conferenza di Ginevra, saranno indette delle conferenze nazionali nei singoli Paesi.

Dal 5 al 10 agosto si tenne a Rio de Janeiro il 1° Congresso americano di urologia, unitamente al 1° Congresso brasiliano di urologia; vi assistevano diverse delegazioni.

All'Ospedale Maggiore di Milano, dove da circa sei mesi viene praticato il trattamento detto bulgaro del parkinsonismo post-encefalitico, gli ammalati di ambo i sessi aventi diritto al ricovero ospedaliero e bisognosi di tale trattamento, vengono ora raccolti e curati in apposito comparto (con sede nel padiglione Bertarelli in via Pace) sotto la direzione del prof. Eugenio Medea, primario neurologo degli Istituti Ospedalieri.

Nell'Ospedale Horst Wessel di Berlino è stato inaugurato, il 19 ottobre, un Istituto Roentgen, con impianti perfezionati e modernissimi; è diretto dal prof. Knothe.

In Olanda è stato lanciato un appello dalla Croce Rossa, per un'ambulanza da mandare in Etiopia.

L'Università di Torino è stata autorizzata ad accettare una donazione di L. 11.600, disposta in suo favore dal prof. F. Vanzetti, quale mandatario speciale delle signore Biondani ved. Cipriani e sorelle Cipriani, nonchè dell'ing. Cipriani, per l'istituzione di una borsa di studio da intitolarsi al nome di « Carlo Cipriani » e da conferire secondo modalità da stabilirsi dalla Facoltà medica.

Il Consiglio d'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Milano ha deliberato di organizzare una Mostra ospedaliera, valendosi del materiale già inviato alla Mostra ospedaliera di Roma, ove esso fu tra i più ammirati. La mostra si svolgerà nel periodo tra le feste di San Carlo e Sant'Ambrogio (4 nov. e 7 dic.), i due santi tutelari dell'Ospedale, e avrà sede nell'atrio a pianterreno dell'Archivio.

Il Ministero delle Opere Pubbliche dell'Argentina ha approvato lo stanziamento di circa 250.000 pesos per ingrandire e modificare il Padiglione Costa, nell'Istituto di Medicina Sperimentale di Buenos Aires. Vi si installerà un servizio di radioterapia, con apparati ad alta tensione (600.000 e 400.000 volta).

Il Governo dell'Argentina ha disposto la spesa di circa 30.000 pesos per ampliare le istallazioni dell'Istituto di anatomia patologia della Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires.

Il direttore del Servizio Meteorico Italiano, Benedettino P. Paoloni, ha intenzione di iniziare, nella sua rivista « La Meteorologia Pratica », la pubblicazione di una « Bibliografia Meteorico-Sanitaria Internazionale », ed a tale scopo sta preparando uno schedario per autori e per materie. I medici sono pregati di dare il loro contributo a questa pubblicazione. Rivolgersi al predetto, R. Istituto Superiore Agrario, Casella Postale 123, Perugia.

Gli « Annales de l'Institut Pasteur » hanno pubblicato un numero commemorativo sulla rabbia, in data del 25 ottobre; questo supplemento, di 230 pagine, corredato di figure e di tavole, reca la cronaca delle cerimonie svoltesi a Parigi e ad Avana in occasione del 50° anniversario della prima vaccinazione antirabbica, ed una serie di 13 memorie

Nell'Istituto Butantan di San Paulo (Brasile) sono deceduti il dott. Lemos Monteiro ed il suo assistente, per tifo esantematico contratto nell'eseguire esperienze di trasmissione di questa malattia per mezzo di artropodi ematofagi.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 14 ottobre al 20 ottobre: Morbillo 145 (636); Scarlattina 178 (483); Pertosse 55 (132); Varicella 61 (107); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 402 (844); Infezioni paratifiche 74 (109); Febbre ondulante 13 (16); Dissenteria 13 (15); Difterite e croup 282 (524); Meningite cerebro-spinale epidemica 6 (6); Poliomielite anteriore acuta 23 (33); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 6 (29); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 39 (62), dichiarata — (—); Pustola maligna 25 (30).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Brit. Med. Journ., 13 lug. — G. H. COLT. Trattamento delle vene varicose con le iniezioni. — M. C. LUFF e M. GARROD. Psicoterapia.

Arch. It. di Chir., mag. — P. BEZZA. Secrezione del muco nella trachea e nei bronchi in rapporto all'anestesia eterea e cloroformica. — G. ROTOLO. Sierosa peritoneale e riflessi viscero-viscerali.

Journ. A. M. A., 29 giu. — G. D. WOLF. Mastoidite silente. — R. B. HILL e J. OLAVARRIA. Trattam. della malaria con piccole dosi di chinina.

Bull. Ac. de Méd., 9 lug. — BOURGUIGNON. La cronassia nell'uomo. — DUBREUIL. L'endemia tifica nel littorale francese.

Ann. de Méd., lug. — M. LABBÉ e A. AZERAD. Trattam. delle ipertiroidie coi raggi X.

Arch. It. di Chir., mag. — B. LUNARD. Le embolie post-operat. — V. CONSIGLIO. Sindrome clinica da ceco mobile.

Arch. It. Mal. App. Diger., giu. — G. LENARDUZZI e B. BONOMINI. Diagn. radiolog. dell'ulcera peptica post-operatoria. — L. BELTRAMETTI. Contrib. clinico e radiolog. alla conosc. delle fistole biliari interne. — P. CAZZAMALLI. Sarcoma primitivo dello stomaco.

Presse Méd., 20 lug. — G. POIX e al. Tifo-bacillosi.

Lancet, 20 lug. — R. MILLEX e H. COURTNEY. Stenosi duodenale cronica nell'infanzia e adolescenza. — C. HAU e al. Carcinoma surrenale corticale con sindrome pituitaria basofila di Cushing.

Rif. Med., 20 lug. R. DE NUNNO. Stimolazione antimoniale del s. r.-e. nella malaria.

Quarterly Journ. Med., lug. — J. R. WESTWALER. Allergia tubercolinica in malattie infettive acute. — E. M. WATSON e M. A. WHARTON. Confronto di varie diete nel diabete mellito. — W. R. SNODGRASS. Uso terapeutico degli ioduri.

Proc. R. Soc. Med., lug. — Discussioni: Trattam. dell'angina pectoris; Profilassi della tbc. polm.; Trattam. del cancro del retto e dell'ano; Educaz. del chirurgo; Diagn. radiologica delle affezioni renali.

Münch. Med. Woch., 19 lug. — H. KLEINSCHMIDT. Sieroterapia della difterite. — W. SCHULER. La sintesi nell'organismo animale.

Brit. Med. Journ., 20 lug. — K. D. WILKINSON. Il reumatismo acuto. — A. G. GIBSON. Disordini funzionali del cuore.

Bull. Trimestriel Organ. d'Hyg., giu. — E. BURNET e W. R. AYKRODYD. Alimentazione e igiene pubblica. — F. KAUFFMANN. Sierologia della febbre tifoide.

Revue Neurol., giu. — G. MARINESCO e S. DRAGANESCO. Formazioni telengectasiche meningee. — T. ALAJOUANINE e al. I dolori alterni nelle lesioni bulbo-protuberanziali.

Riv. di Chir., lug. — A. TOMMASELLI. Ripristino dell'attività ormigena dopo incisioni in ovaie senili. — F. LANZILLO. Nuova via di accesso al ganglio cervic. super. — A. SPINELLI. Arterialgie nel gozzo esoftalmico.

Presse Méd., 24 lug. — R. LUTEMBACHER. Tromboflebite della vena cava infer. e della vena porta. — F. MONTIER. Villosità gastrica norm. e patologica. — H. CHABANIER e al. Glomerulonefrite diffusa subacuta.

Paris Méd., 27 lug. — L. MARCHAND. Epilessia riflessa.

Arch. Méd.-Chir. App. Resp., 4. — P. NOBÉCOURT e al. Linfogranulomatosi maligna toracica.

Journal A. M. A., 13 lug. — L. ROSENTHAL e al. Trattam. della vaginite da Trichomonas con soluzioni concentrate di sale. — W. W. BOARDMAN e al. Cataratta consecutiva ad impiego di dinitrofenolo.

Pathologica, 15 lug. — A. H. ROFFO. Tumori mal. da irradiaz. solare. — G. ERRERA. Anafilassi e ipertermia.

Med. Klinik, 26 lug. — J. H. SCHULTZ. Secrezioni interne e psiche. — F. LANH. Anafilassi da insulina.

Forze Sanit., 30 giu. — A. OMODEI-ZORINI. Bronchioliti bronchiettasiche.

Münch. Med. Woch., 26 lug. — M. KIRSCHNER. Trattam. dell'ipertrofia prostatica.

P. TIMPANO e G. CASTORINA. *La balantidiosi nei bambini.* — Tip. Pansini, Napoli, 1935.

M. VARANINI. *Parma e il giornalismo medico.* — Tip. A. Mattioli, Fidenza, 1934.

E. DUSINI. *La nuova legge sanitaria.* — R. Zannoni, Padova, 1935.

U. NOBILI. *Un caso i idrocefalo congenito ventricolare curato chirurgicamente.* — L. Cappelli, Bologna, 1935.

U. NOBILI. *Contusioni dell'addome e lesioni viscerali conseguenti.* — L. Cappelli, Bologna, 1935.

SACCO. *Di un raro caso di lussazione del 3° metacarpo.* — Tip. Vogliotti, Torino, 1935.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 2 Dicembre 1935 - XIV Num. 48

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: prof. C. FRUGONI.

Sulla giardiasi duodenale.

Dott. A. POZZI, assist. effettivo e docente
e Dott. F. DE MURO, docente.

Fra i flagellati che vivono nell'intestino umano la *Giardia intestinalis* è senza dubbio uno dei più frequenti. Il suo « habitat » è la porzione alta del tenue, specie duodeno, e secondo alcuni anche le vie biliari.

« La vésicule biliaire, scrive Chantriot, joue clairement un rôle de recevoir à virus non seulement vis-à-vis des germes diverses mais des parasites tels que les Giardia ». Pur essendo però così ben precisato l'habitat della Giardia, non altrettanto concordi sono le opinioni degli AA. sulla sua patogenicità, essendo questa da alcuni assolutamente negata.

Dobell e O' Connor scrivono infatti che nessuna azione patogena può attribuirsi alla Giardia ed agli altri flagellati intestinali, i quali debbono considerarsi commensali più che parassiti nel senso stretto della parola ed anzi secondo tali AA. anche l'interessante caso di Fairise e Jacquot, riguardante un individuo affetto da enterite cronica con reperto di Giardia intestinalis ed in cui al tavolo anatomico furono trovate diffuse e profonde ulcerazioni nel cieco, nel colon, nell'ileo, non sarebbe affatto dimostrativo.

Anche Noc considera la Giardia un flagellato banale e così pure Blacklock e Southewel non esitano ad affermare che anche quando la Giardia è presente in casi di diarrea non significa che questo flagellato ne sia la causa; Morengs sostiene che gli individui affetti da giardiasi intestinale, più che dei sofferenti sono degli incomodati e dei preoccupati del loro alvo diarroico.

Brumpt ritiene che in molti casi questo parassita è ben tollerato (portatori sani) e che solo nel 10 % può dare fatti di enterocolite.

La numerosa statistica raccolta dopo la guerra ha confermato però l'ipotesi di Grassi, il quale, non solo fu il primo, a descrivere con esattezza la morfologia della Giardia, da

lui denominata nel 1881 *Megastoma entericum* ma anche ad affermarne l'azione patogena. E di tale opinione sono infatti oggi Marchoux, Sangiorgi, Escomel, Alessandrini, Pietra e Allodi, De Muro, Penso, Silvestrini, Vanni, Craig, Galli-Valerio, Molinari, Porter e Fantham, Roux e Goiffon, Labbé e moltissimi altri.

Pittaluga pure è del parere che sull'azione patogena della Giardia non vi sia alcun dubbio; Castellani considera la Giardia come più patogena degli altri flagellati; Chantriot scrive che « la lambliase est une entité morbide incontestable »; Franchini che « la Giardia possiede spesso un'azione patogena sull'organismo umano ».

Ma a parte i dati statistici e le osservazioni cliniche, in favore della patogenicità della Giardia parlano sopratutto i dati sperimentali. Perroncito e Sartorana infatti infettando l'intestino sia del cane che del coniglio con lamblie, trovarono all'autopsia lesioni infiammatorie della mucosa gastrica e duodenale con numerose emorragie; Fantham e Porter, al pari di Deschiens, hanno ottenuto enteriti gravi e talvolta mortali, infettando topi e gatti con feci umane ricche di cisti di Giardia; Kofoid e Christiansen, oltre ad avere osservato enteriti croniche da Giardia con tumefazione della mucosa specie nei topi giovani, hanno potuto vedere importanti lesioni anatomoistologiche da Giardia muris nell'intestino del topo di campagna, approfondite nelle cripte di Lieberkun.

Per quanto riguarda il meccanismo d'azione della Giardia, da alcuni AA. oltre ad un'azione meccanica diretta infiammatoria (e che è da ritenere verosimilmente la più sicura, per gli stessi caratteri morfologici del parassita) sarebbe stata ammessa anche un'azione tossica, dipendente dall'assorbimento di veleni derivati dal disfacimento di parassiti morti e di batteri (Smithies); dall'azione di una tossina secreta dall'organismo della lamblia (Simon); da una tossina che agirebbe come un virus filtrabile (Hervé).

Un'eventuale azione tossica della Giardia sarebbe stata ammessa anche da alcuni AA. (Labbé, Silvestrini, Garret, Vanni, Garin, Forti) per spiegare stati anemici gravi, fino a tipo pernicioso, riscontrati in soggetti con lambliasi intestinale, ma giustamente Allodi e Pietra fanno rilevare che in tutti i casi riferiti si accompagnava una enterite più o meno estesa e grave alla quale, per l'alterazione della nutrizione e dell'assimilazione ad essa legata, poteva ricondursi lo stato anemico, senza dover ricorrere all'ipotesi di una particolare azione tossica anemizzante del parassita.

D'altra parte non va dimenticato che le osservazioni anatomo-patologiche e sperimentali hanno potuto constatare oltre ad una semplice azione irritativa esplicata dal parassita sulla mucosa intestinale, la possibilità di esso di infiltrarsi e annidarsi nello spessore della mucosa intestinale stessa.

Clinicamente l'infezione da Giardia nell'uomo può dar luogo, a carico dell'apparato digerente, a tutta una patologia speciale che comincia ad essere nota. Il più spesso all'inizio è nella parte inferiore dell'intestino che si fissa provocando enteriti ribelli e qualche volta vere dissenterie, gravissime specie nei bambini (Mello Leitao), in seguito le lamblie rimontando il grosso intestino, possono creare enterocoliti gravi capaci anche di terminare con la morte. Fairise e Jacquot hanno potuto osservare ulcerazioni intestinali con perforazione in un caso di enterite acuta da lamblia; Labbé riferisce di un caso di perforazione della regione cecale con grosso ascesso della fossa iliaca. Casi di enterocolite da Giardia sono stati descritti inoltre da Garret, Bernard e Thomas, Penso, Maire, Parodi e Mino, Heubner; nel 1927 Luchini e Perez da Nucci hanno illustrato un caso di perisigmoidite da Giardia guarito con Jatren 105 Bayer.

Attraverso il duodeno poi, le lamblie possono risalire nelle vie biliari ed in realtà si può dire che da quando Lyon di Filadelfia ha segnalato per la prima volta la presenza del parassita nel liquido biliare a mezzo del sondaggio duodenale, un'abbondante letteratura si è raccolta sull'argomento.

Vero è che è stato discusso se le lamblie che fuoriescono con il liquido estratto con il sondaggio duodenale in seguito alla prova di Meltzer Lyon realmente provengano dalle vie biliari o non derivino piuttosto dall'intestino, meccanicamente trasportate dal deflusso biliare stesso o, distaccate dalla mucosa, sotto l'azione irritante del solfato di magnesio, si mescolino poi al liquido delle vie biliari (Boeck), ma tale fatto sembra ormai fuori discussione dopo le osservazioni di Westphal, Georgi, Smithies, i quali ritrovarono giardie viventi nel contenuto di cistifellee asportate chirurgicamente di individui operati per sintomatologia acuta di colecistite.

Oltre a casi di ittero semplice, registrati in soggetti affetti da lambliasi, casi di colecistite da Giardia sono stati inoltre descritti da Winkler, da Schill, da Pietra e Allodi, e recentemente anche da Garin, Bernay e Desgerges. Ma l'irritazione cronica causata dalla Giardia nelle vie biliari sembra possa anche condurre ad un'ipertrofia con sclerosi del fegato e Labbé e

Justin Bezançon infatti avrebbero potuto osservare un caso di cirrosi ipertrofica del fegato associato a duodenite cronica, causata dallo sviluppo delle lamblie nel duodeno.

Ma anche rimanendo nel suo « habitat » preferito e cioè nella porzione duodeno-digiunale, la Giardia può manifestare la sua patogenicità, provocando un'infiammazione, una vera duodenite che, persistendo, determina poi una periduodenite concomitante con alterazioni morfologiche del duodeno, più o meno costanti e spesso visibili anche radiologicamente in radiografie in serie.

La sindrome duodenale sarebbe caratterizzata da un senso di peso, di pienezza epigastrica, ovvero da un dolore attenuato, indeciso, localizzato ai quadranti superiori dell'addome, ma non in una zona definita, oppure circoscritto alla regione periombellicale con irradiazione trasversale a barra. Questo dolore si presenta generalmente dopo i pasti, ma può insorgere anche a digiuno e qualche volta assumere il tipo della fame dolorosa. Gli infermi si lamentano inoltre di nausea, eruttazioni, vomito di liquido vischioso, spesso diarrea alternata a stipsi, meteorismo, sintomi generali di astenia e dimagramento.

« Il s'agit, per ripetere le parole di Chantriot, en quelque sorte d'une dispepsie duodenale, dont le tableau correspond a celui que R. Gaultier à récemment donné ».

Fra i primi che hanno richiamato l'attenzione sulla possibilità di duodenite da Giardia, vanno ricordati Chiray e Lebon, i quali già nel 1925 riferirono un caso alla Société Medicale des Hopitaux, in cui il liquido duodenale conteneva lamblie, mentre la cistifellea asportata chirurgicamente non conteneva parassiti nè all'esame della bile vescicolare nè del muco della parete. Due altri casi interessantissimi di giardiasi duodenale sono stati descritti nel 1926 da Castex e Galan, casi oltremodo illustrativi in quanto, pur presentando essi tutti i dati per ammettere una colecistite da Giardia, il sondaggio duodenale fece escludere la Giardia nella patogenesi dei disturbi vescicolari e porre la diagnosi di colecistite litiasica e giardiasi duodenale, diagnosi che ebbe poi piena conferma all'intervento chirurgico e all'esame diretto della colecisti.

Queste ed altre osservazioni che sono seguite hanno messo quindi in piena luce, non l'inesistenza della giardiasi vescicolare, ma piuttosto l'esistenza della giardiasi duodenale pura che oggi nessuno più discute, e la necessità di esigere la presenza e in proporzione conspicua del parassita nella bile B prima di accettare come probabile la localizzazione vescicolare della Lamblia, perchè la sua frequenza anche in straordinaria quantità nella bile A e C non autorizza a far la diagnosi di lambliasi vescicolare (Castex e Galan).

In tal senso, per la uniformità di reperti, parlano del resto anche gli 11 casi di lambliasi vescicolare descritti da Pietra e Allodi.

* * *

Data tuttavia la poca frequenza con cui la diagnosi di giardiasi duodenale viene posta, ci è sembrato non privo di interesse riferirne tre casi capitati alla nostra osservazione, anche perchè, a parte l'utilità diagnostica che possono avere nella pratica, meritano di essere presi in considerazione per le norme curative da noi seguite.

È noto infatti come una terapia specifica della giardiasi non esista e come i più svariati medicamenti suggeriti dai diversi AA. sia per os, che per iniezioni, per clistere, per sondaggio duodenale, riescano il più delle volte senza risultato, data la resistenza di questo parassita.

Per convincersi di ciò basta del resto dare uno sguardo alla letteratura in argomento. Woodcok Penfold adoperò nella cura della giardiasi il betanaftolo ed il salicitato di bismuto, Castellani il bleu di metilene, Mc Neil irrigazioni con sonda duodenale di bleu di metilene, solfato di chinino, acido cloridrico ed acqua distillata, Code e Hollande iniezioni endovenose di novarsenobenzolo, Smithies calomelano e timolo, Sadi di Bauen fermenti lattici, neosalvarsan, emetina e calomelano.

Successivamente sembrò che la cura elettiva della Giardia fosse rappresentata dallo stovarsolo (Marchoux, Thomas, Aguilar), ma in seguito vista l'inefficacia anche di questo preparato, fu tentato il tetracloruro di carbonio (Winkle, il salvarsan ad alte dosi (Galli-Valerio, Smirnoff Ludmila), la diatermia (Madinaveitia), la nafltalina (Sorge), il neosalvarsan (0,30 in 200 cmc. di acqua distillata) mediante sonda duodenale (Lauda), ecc.

La scuola romana di Alessandrini adopera il timolo in capsule cheratinizzate. Noi, attenendoci al concetto biologico che la Giardia, come è noto, non può assolutamente vivere in ambiente acido, tanto è vero che basta il succo gastrico con acidità normale ad uccidere questo parassita, abbiamo pensato di sottoporre i pazienti ad irrigazioni del duodeno, mediante sonda, con una soluzione di HCl officinalis al 4 ‰, previa somministrazione per os di 2 cucchiai di solfato di magnesio al 20 %, trattamento che per quanto a noi consti, non sarebbe stato ancora esperimentato.

Introdotto il sondino nello stomaco ed assicuratisi sotto lo schermo che questo sia pervenuto in duodeno, si iniettano lentamente 300 cmc. della soluzione cloridrica, tenendo il paziente coricato in letto sul fianco destro. Tali irrigazioni, che potrebbero chiamarsi veri lavaggi duodenali, vengono praticati a giorni alterni e sono tollerati senza alcun disturbo dai pazienti, i quali d'altra parte, si sottomettono volentieri a tale trattamento, per i benefici quasi immediati che ne ritraggono. Primi a scomparire infatti, già dopo pochi lavaggi, sono i dolori; ed anche la sensazione di astenia e di malessere generale che abitualmente questi malati hanno, migliorano.

L'effetto della cura si può seguire facilmente, prelevando prima dell'iniezione dell'HCl, 10-15 cmc. di liquido duodenale e, dopo centrifugato, esaminando microscopicamente il sedimento. Nei nostri casi noi abbiamo potuto vedere che ricercando la Giardia, dopo il terzo-quarto lavaggio, il reperto già diventa negativo, e seguendo parallelamente il comportamento di questo parassita nelle feci, anche l'esame coprologico risulta negativo al III, IV lavaggio.

Naturalmente, anche dopo i reperti negativi sia duodenale che coprologico, il trattamento va continuato per qualche tempo, al fine di ottenere la massima sterilizzazione del soggetto, ma dall'osservazione dei nostri casi noi possiamo dire che generalmente 8-10 irrigazioni duodenali sono sufficienti.

CASO I. — Giovannetti Maria, a. 42. Nulla d'importante da rilevare nell'anamnesi famigliare. Nata da parto eutocico, ebbe allattamento materno. Normali furono i primi atti fisiologici. Mestruata a 13 anni, i flussi sono stati sempre regolari per ritmo e quantità. A 18 a. sposò uomo apparentemente sano: ha avuto 5 gravidanze, di cui una interrotta da aborto al 2° mese, le altre condotte a termine. La p. afferma di aver goduto sempre buona salute fino all'età di 35 a. quando cominciò ad accusare malessere generale, cefalea, specialmente di notte, qualche lieve rialzo termico e infine comparve anche un'eruzione su tutto il corpo, sui caratteri della quale però la p. non sa dare precise indicazioni. Eseguita, per consiglio di un sanitario, la R. W., questa risultò positiva completa. Iniziò allora subito cura endovenosa salvarsanica ed in breve tutti i disturbi scomparvero; successivamente la p. ha continuato sempre a curarsi, sia con endovenose di neosalvarsan che con iniezioni intramuscolari di Hg. ed è stata quindi sempre bene fino a 3 anni fa. Ripetuta più volte la R. W. questa risultò negativa.

In tale epoca la p. fu quasi improvvisamente colpita da disturbi gastro-intestinali, caratterizzati da nausea, forte diarrea (10-15 scariche al giorno) con scibale miste a muco e sangue, premiti, tenesmo, febbre oscillante sui 38°-38°,5. Ricoverata in ospedale la p. non ricorda con esattezza quale giudizio diagnostico fosse stato posto e così pure quale trattamento le fu praticato: riferisce però che tali disturbi durarono circa 15-20 giorni, dopo di chè essa tornò alle condizioni normali ed in seguito è stata sempre bene fino a 2 mesi prima che capitasse alla nostra osservazione.

Ai primi del mese di marzo u. s. infatti la p. cominciò ad accusare senso di peso e di gonfiore all'epigastrio, con eruttazioni acide, nausea e spesso anche vomito, specialmente al mattino. L'alvo divenne piuttosto diarroico (2-3 scariche pro die) con feci miste a muco, ma prive di sangue e talvolta premiti; raramente notava anche dolori addominali diffusi. La p. dice che qualche tempo dopo ebbe a notare sulla cute la comparsa di pomfi, intensamente pruriginosi, che insorgevano rapidamente e con altrettanta rapidità scomparivano, quasi sempre in rapporto con l'ingestione di alcuni alimenti, in prevalenza la carne. Clinica il 25 aprile 1935.

Per il persistere di tali disturbi la p. entra in E. O.: Nulla d'importante a carico del capo, del collo e del torace. Cuore nei limiti, toni netti su tutti i focolai. Addome meteorico, dolente diffusamente, ma sopratutto in corrispondenza della reg. piloro-duodenale e vescicolare. Fegato in alto 5° spazio, in basso non deborda dall'arcata costale. Milza in alto 8° spazio, in basso non si palpa.

Esame del sistema nervoso negativo.

Ricerche eseguite: Es. urine: negativo; Es. sangue: Hb. 68, Glob. rossi 4.590.000, V. G. 0,75, Glob. bianchi 8100. Formula leucocitaria: gran. neutr. 54, eos. 0, bas. 0, mon. 4, linf. 42.

Pressione arteriosa al Riva Rocci: Mx. 135, Mn. 75.

R. W.: negativa.

Colesterinemia: 1,70 ‰.

Esame succo gastrico: a digiuno: Reaz. acida; HCl 0,18 ‰; A. T. 0,94 ‰; Hb. ass.; Ac. lat. ass.

Dopo istamina: Reaz. acida; HCl 1,45 ‰; A. T. 2,55 ‰; Hb. ass.; Ac. lat. ass.

L'esame radiologico dell'apparato digerente mostra come unica anomalia una deformazione persistente del duodeno, che appare stirato in alto e a destra, senza che si riesca a mettere in evidenza, attentamente ricercata, ombra da nicchia. Stato ipertonico del colon, in prevalenza del colon discendente.

Colecistografia: normale riempimento della colecisti, che appare spostabile e bene contrattile alla prova di Bronner. Non immagini riferibili a calcoli.

Sondaggio duodenale: Introdotto il sondino nello stomaco e controllato allo schermo il suo arrivo nel duodeno, si prelevano 10-12 cmc. di liquido, alcalino, di colorito giallo. Alla prova di Meltzer Lyon, dopo 10-15 m' si ha fuoriuscita di liquido, limpido, di colorito giallo oro, con densità: 1012, bilinogeno ++ (bile A). Dopo circa 30 m' dall'istillazione del solfato di magnesio si ha fuoriuscita di liquido (50 cmc.) di tinta fortemente bruna, assai più carica di quella del liquido A (3-4 volte) con densità: 1018, bilinogeno (+++) bile B).

All'esame microscopico del sedimento dei vari liquidi si trovano abbondanti forme vegetative di giardia intestinalis nel succo duodenale, mentre la ricerca riesce del tutto negativa sia nella bile A che nella bile B.

Esame coprologico: numerose forme cistiche di giardia intestinalis.

Sia per il quadro clinico che per i dati di laboratorio (colecistografia normale, esame urine

negativo, riflesso normale vescicolare alla prova di Meltzer Lyon, ecc.) qualsiasi ipotesi diagnostica nei riguardi del fegato e delle vie biliari era quindi da allontanare, mentre i disturbi accusati dalla paziente, unitamente alle modificazioni radiologiche riscontrate a carico del duodeno, facevano ritenere più probabile trattarsi di fatti di duodenite con periduodenite, da attribuirsi con quasi certezza alla presenza del parassita.

In conseguenza di ciò, la paziente viene sottoposta a giorni alterni al trattamento di lavaggi duodenali con HCl al 4 ‰, previa somministrazione per os di solfato di magnesio al 20 % (3 maggio 1935).

5-5-1935. La paz. dice di non avvertire più i dolori nella reg. epigastrica dopo i pasti. L'alvo è lievemente diarroico.

Es. liquido duod.: forme vegetative di giardia intestinalis in discreta quantità.

Esame feci: presenza di qualche forma cistica di giardia.

9-5-1935. La paz. afferma di sentirsi bene. Anche il senso di acidità e la cefalea di cui spesso si lamentava sono scomparsi. Accusa solo qualche lieve dolore addominale. L'appetito è buono.

Es. liq. duod.: non si nota presenza di giardia.

Es. feci: qualche rarissima forma cistica di giardia.

11-5-1935. Nessun disturbo viene più accusato dalla paziente.

Es. liq. duod.: negativa la ricerca della giardia.

Es. feci: negativa la ricerca della giardia.

Si continuano a praticare irrigazioni duodenali per ancora due settimane, poi la paz. viene dimessa in ottime condizioni di salute.

Riveduta l'ammalata dopo circa 2 mesi che era stata dimessa, sia l'esame del succo duodenale che l'esame coprologico risultarono negativi ed anche le condizioni generali erano soddisfacenti.

Caso II. — Dom. Gius., a. 40. Padre vivente, madre morta di tbc. polmonare. Primi atti fisiologici normali; mestruata a 14 anni, le mestruazioni sono state in seguito sempre regolari per ritmo, quantità, durata. Da qualche anno è sofferente di abbondante leucorrea. A 21 anno si è sposata con uomo sano, ma non ha avuto mai gravidanze. A 12 anni ha sofferto di tifo, che decorse normalmente; a 15 a. ha avuto pleurite essudativa destra, guarita in circa 2 mesi, senza che la p. fosse stata toracentizzata.

La p. riferisce che in seguito ha goduto sempre buona salute fino all'età di 30 a., epoca in cui cominciò a soffrire di disturbi intestinali consistenti in dolori vaghi addominali, stipsi alternata a diarrea, e feci spesso miste a muco. Dopo qualche tempo che tali disturbi persistevano, la p. riferisce che, senza altra causa apprezzabile, comparve subittero della cute e delle sclere che in breve poi divenne intenso e contemporaneamente le urine divennero di colorito scuro e le feci acoliche. Non ebbe prurito, nè febbre.

Consultato un sanitario, questi prescrisse cure adatte, ma tali condizioni persistettero per circa un mese.

Successivamente la p. dice che i disturbi intestinali per un paio d'anni subirono una discreta regressione, ma ben presto ricomparvero e d'allora ne è ancora sofferente. In special modo la p. si lamenta di aver notato nelle feci quasi sempre una notevole quantità di muco, bianco filante e spesso anche sangue. Qualche volta poi, oltre ai dolori addominali aveva nausea seguita da vomito alimentare.

Cinque mesi fa l'ammalata quasi improvvisamente ebbe dolore, a tipo colico in corrispondenza della reg. ombellicale e periombellicale con qualche irradiazione al dorso. Tale dolore, violento all'inizio, andò in seguito attenuandosi, senza mai scomparire del tutto. Presentemente la p. si lamenta infatti di una dolenzia, che aumenta sotto la palpazione, in corrispondenza della reg. duodenale ed ombellicale, qualche volta ha vomito, nausea, l'alvo è diarroico (4-5 scariche al giorno). La p. entra in Clinica il 20-III-1935.

E. O. Donna ben conformata e ben nutrita. Sanguificazione buona. Lieve ipofonesi alla base dell'emitorace d., ove il respiro è anche leggermente diminuito. Nulla a carico del centro circolatorio. Vivo dolore provoca la palpazione della reg. piloro-duodenale e di tutto il colon trasverso.

Fegato in alto 5° spazio, in basso si palpa a circa 2 dita dall'arcata costale, liscio, dolente. Milza si palpa in basso nelle profonde inspirazioni.

Ricerche eseguite: Es. urine negativo; Es. sangue Hb. 70, glob. rossi 4.360.000, glob. bianchi 9800, V. G. 0,80. Formula leucocitaria: gran. neutr. 60, eos. 2, bas. 0, mon. 4, linf. 34.

Pressione arteriosa al Riva-Rocci: Mx. 138, Mn. 70.

R. W.: negativa.

Colesterinemia: 1,74 ‰.

Esame succo gastrico: A digiuno: Reaz. acida; HCl ass.; A. T. 0,36 ‰; Hb. tracce; Ac. lat. ass.

Dopo istamina: Reaz. acida; HCl assente; A. T. 0,48 ‰; Hb. assente; Ac. lat. assente.

Esame radiologico apparato digerente: Stomaco allungato, sinistroposto. In posizione prona presenta la reg. antrale un po' ristretta da stato ipertonico. Bulbo duodenale e ginocchio sup. deformato. Nulla al digiuno, all'ileo. Stato ipertonico transitorio del colon, non marezzatura, non stasi.

Colecistografia: colecisti globosa, bene visualizzata a contorni regolari. Alla prova di Bronner non si svuota ma diminuisce di intensità. Non ombre da calcoli.

Il sondaggio duodenale, seguito dalla prova di Meltzer Lyon dà esito pressochè normale ed il riflesso cistico è positivo.

Bile A = densità 1010, bilinogeno +.

Bile B (ben colorata, per quanto forse un po' scarsa della norma) = densità 1016, bilinogeno ++.

Microscopicamente si ritrovano numerosissime forme vegetative di giardia intestinale nel succo duodenale, alcune rarissime (4-5) nella bile A, nessuna nella bile B.

Esame coprologico: forme cistiche di giardia int. in notevole quantità.

Anche in questo caso l'eventualità di una giardiasi duodenale era da porsi in primo piano, nonostante nell'anamnesi della nostra paziente risultasse la presenza di un ittero, che quasi certamente doveva essere stato anche completo, essendosi accompagnato a feci acoliche ed a iperpigmentazione delle urine.

La durata abbastanza lunga (circa 1 mese) di tale ittero poteva infatti benissimo risvegliare il sospetto di una forma occlusiva e quindi discutere l'eventualità di una colecistite calcolosa, ma contro tale ipotesi a parte l'indagine radiografica e gli altri dati di laboratorio, stava il fatto che mai prima d'allora la p. aveva sofferto alcun disturbo a carico del fegato, sia che anche questo ittero

era comparso senza essere stato preceduto o accompagnato dal più minimo attacco doloroso in sede colecistica.

Per tali considerazioni era quindi più logico ritenere o che la p., già sofferente di disturbi intestinali, avesse sofferto di una comune epatite acuta intercorrente o che, esistendo forse già nella paz. l'infezione giardiasica, questa potesse essere stata la causa della sindrome itterica, essendo stata segnalata da alcuni autori anche la possibilità di tale evenienza.

1-4-1935. Si iniziano i lavaggi duodenali con HCl al 4 ‰, previa somministrazione per os di solfato di magnesio al 20 %.

5-4-1935. Sono quasi del tutto scomparsi i dolori in corrispondenza della regione duodenale. Persiste dolore lungo il colon e qualche conato di vomito dopo i pasti.

Esame liq. duodenale: numerose forme veg. di giardia int.

Esame feci: non si notano presenza di giardia.

9-4-1935. La p. riferisce di sentirsi migliorata. Mangia con appetito e non accusa più dolori. Non ha più vomito. L'alvo è sempre diarroico (2-3 scariche al giorno).

Esame liq. duodenale: si nota ancora qualche forma veg. di giardia.

Esame feci: negativo.

11-4-1935. La p. ha fatto 5 lavaggi duodenali. Non ha più dolori. Il fegato si palpa all'arcata indolente.

Negativa la ricerca della giardia sia nel liquido duodenale che nelle feci.

La p. viene dimessa dalla Clinica il 25 aprile. Dopo circa 1 mese torna a farsi rivedere. Afferma di non aver avuto mai più dolori, si lamenta però di avere ancora diarrea. Eseguito un sondaggio duodenale, non vi si ritrovano giardie, mentre nelle feci viene repertata qualche forma cistica.

CASO III. — Gamb. Maria. Genitori viventi e sani. La madre ha avuto 7 gravidanze a termine, non aborti. Quintogenita nata a termine, ha avuto allattamento materno. Primi atti fisiologici normali; mestruò a 13 a. ed i corsi mensili furono in seguito sempre regolari fino all'età di 20 anni, epoca in cui divennero scarsissimi e dolorosi. Non ricorda di aver sofferto i comuni esantemi infantili; a 5 anni ebbe tonsillite, a 7 a. influenza. La paz. afferma di aver poi goduto sempre ottima salute fino ad 1 anno e mezzo fa, quando cominciò a notare facile stanchezza, cefalea, anoressia e qualche lieve rialzo termico. Oltre a ciò l'alvo divenne diarroico (2-3 scariche al giorno) ed inoltre, specie dopo i pasti, la p. avvertiva lieve dolore in corrispondenza dell'epigastrio, accompagnato da conati di vomito.

Sottopostasi a visita medica, le fu consigliato di praticare la radiografia del torace, che riuscì negativa. In tali condizioni la p. è rimasta fino al dicembre u. s., quando cominciò a notare che il dolore, oltre che all'epigastrio si diffondeva anche un po' verso l'ipocondrio destro, senza però presentare particolari irradiazioni. Tale dolore insorgeva a volte a digiuno a volte dopo i pasti, accompagnato a forte senso di nausea, senza però subire modificazioni con l'ingestione dei cibi. La paz. dice inoltre che spesso aveva anche vomito, più che altro acquoso, dopodichè il dolore sembrava attenuarsi. Le furono consigliate cure alcaline e dieta opportuna, ma non avendo tratto alcun giovamento, la p. decisa di ricoverarsi in ospedale. Entra in Clinica il 7-1-1935.

E. O. Tendenza alla brachitipia. Cute e mucose pallide. Nulla da rilevare d'importante a carico del capo, del collo e del torace. Azione cardiaca ritmica, regolare.

Addome di volume normale, indolente nei quadranti inferiori. La palpazione provoca invece vivo dolore in corrispondenza della regione piloro-duodenale. Fegato modicamente ingrandito, debordando un dito dall'arcata costale, di consistenza normale, lievemente dolente. Milza nei limiti.

Ricerche eseguite: Es. urine: negativo; Es. sangue: Glob. rossi 3.510.000; HB. 70; Glob. bianchi 5600; V. G. 0,99. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 61, eos. 4, bas. 0, monociti 4, linfociti 31. Pressione arteriosa al Riva-Rocci: Mx. 125, Mn. 72.

Colesterinemia: 1,68 ‰.

R. W.: negativa; Sierodiagnosi: tifo, par., mel.: negative.

Esame succo gastrico: A digiuno: Reaz. acida; HCl 0,40 ‰; A. T. 0,96 ‰; Hb. ass.; Ac. lat. ass.

Dopo istamina: Reaz. acida; HCl 0,98 ‰; A. T. 1,30 ‰; Hb. ass.; Ac. lat. ass.

Esame radiologico apparato digerente: Stomaco ad uncino leggermente aumentato di tono, non mostra alterazioni morfologiche; peristalsi lobante sull'inizio poi regolare. Piloro pervio e medianizzato. Bulbo duodenale pure medianizzato tra la II e la III lombare, mostra legg. spastica la II porzione. Lieve dolore alla palpazione della reg. gastro-duodenale. Svuotamento gastrico regolare.

Nulla al tenue; cieco ed appendice bene mobili, indolenti. Colon normale con gas agli angoli e svuotamento piuttosto rapido.

Colecistografia: Normale riempimento della colecisti che appare lunga, ptosica, bene spostabile, bene contrattile alla prova di Bronner. Non si osservano impagini riferibili a calcoli.

Sondaggio duodenale, seguito dalla prova di Meltzer Lyon:

Bile A = densità 1016, bilinogeno ++.

Bile B = densità 1020, bilinogeno +++.

Negativa la ricerca della giardia sia nella bile A che nella bile B, mentre numerosissime forme vegetative si ritrovano nel liquido duodenale.

Esame coprologico: notevole quantità di forme cistiche di giardia int.

La sintomatologia accusata dalla p. era si può dire quasi esclusivamente gastrica, quindi allontanata la probabilità di una colecistite, non rimaneva che accertare l'ipotesi più logica e cioè se fosse o non presente una lesione ulcerosa gastrica o duodenale.

Analizzando tuttavia particolarmente i disturbi della p. si notava come in realtà, oltre a mancare una spiccata sintomatologia ipercloridrica, anche il ritmo del dolore non era tale quale nell'ulcera gastrica o duodenale si ha, non presentando esso nè veri rapporti con i pasti, nè essendo mai influenzato dall'introduzione dei cibi stessi. D'altra parte anche le cure medicamentose seguite e l'osservanza di un regime dietetico adatto non avevano arrecato mai alcun miglioramento, infine radiologicamente era possibile escludere la presenza di un'ulcera sia gastrica che duodenale. Si venne pertanto anche in questo caso alla convinzione che le modifcazioni radiologiche riscontrate a carico del duodeno fossero da attribuire alla presenza della giardia riscontrata nel succo duodenale stes-

so, e quindi la paz. fu sottoposta a. trattamento dei lavaggi duodenali come per gli altri casi (15-1-1935).

19-1-1935. Da ieri la p. dice di essere notevolmente migliorata per quanto riguarda la nausea ed il vomito. Persiste il dolore in corrispondenza dell'epigastrio, mentre è scomparsa la dolenzia epatica.

Es. liq. duodenale: si ritrovano forme veg. di giardia in discreta quantità.

Es. feci: presenza di forme cistiche di giardia.

21-1-1935. Anche i dolori nella regione epigastrica sono scomparsi. Il fegato indolente si palpa solo nelle profonde inspirazioni. L'alvo è appena diarroico (1-2 scariche).

Es. liq. duodenale: si nota qualche rarissima forma veg. di giardia.

Es. feci: discreta quantità di forme cistiche di giardia.

31-1-1935. La p. dice di sentirsi notevolmente migliorata nelle condizioni generali e non si lamenta più di alcun dolore. Ha ancora modica cefalea e qualche rialzo termico (37°-37°,2).

Es. liq. duodenale: negativa la ricerca della giardia.

Es. feci: qualche rara forma distica di giardia.

27-1-1935. Le condizioni della paziente sono ottime.

Negativa ia ricerca della giardia sia nel liquido duodenale che nelle feci.

La paziente viene dimessa ai primi di febbraio con la raccomandazione di tornare a farsi rivedere dopo qualche tempo. Essendo però di fuori Roma, e non potendo sobbarcarsi alle spese di viaggio, ha continuato ad informare per lettera fino a 3 mesi dopo che era stata dimessa, assicurando di trovarsi sempre in buone condizioni di salute.

L'aver avuto occasione di riunire in tempo relativamente breve queste tre osservazioni di giardiasi duodenale, sta senza dubbio a dimostrare da un lato come tale entità clinica possa riscontrarsi nella pratica assai più frequentemente forse di quanto a prima vista non possa sembrare e dall'altro come la parassitologia possa riuscire in realtà di valido aiuto alla clinica stessa.

È noto infatti, pur senza entrare in eccessive argomentazioni che d'altra parte esulerebbero dall'indole del lavoro, come molte visceriti e perivisceriti manchino ancora di una spiegazione patogenetica soddisfacente, tanto che non si è esitato a chiamare *essenziali* alcune perivisceriti ad eziologia sconosciuta, che esistono cioè senza che a base del processo non è o non è più riconoscibile un'affezione primaria.

Vero è però che anche Zagarese, nel suo magnifico libro, giustamente si oppone a tale concetto, sostenendo che le perivisceriti essenziali non esistono e che anzi tale capitolo, come del resto tutto ciò che in medicina è di essenziale, deve essere assolutamente soppresso o meglio indicato come a eziologia e patogenesi tutt'ora ignote.

Ora accertata la patogenicità della Giardia intestinalis e la relativa frequenza con cui questo flagellato può ritrovarsi nell'organismo umano, in realtà c'è da domandarsi se la diagnosi di duodenite da Giardia vada tenuta presente in tutti quei casi in cui si debba chiarire la natura di una viscerite o periviscerite, o per lo meno se, prima di escluderla, sia bene accertarsi a mezzo del sondaggio duodenale, che questo parassita non sia in causa.

A parte infatti che qualche caso potrebbe forse venire ad avere una spiegazione più esatta, abbiamo visto anche come, con criteri curativi diretti, si possono portare questi pazienti alla liberazione della Giardia e quindi al ritorno delle condizioni normali.

RIASSUNTO.

Gli AA. dopo aver passato in rassegna la letteratura sulla *Giardia intestinalis* e riferite le opinioni dei vari AA. sulla sua patogenicità, riportano tre casi di giardiasi duodenale capitati alla loro osservazione e curati con irrigazioni duodenali di acido cloridrico officinalis al 4 ‰ previa somministrazione per os di solfato di magnesio, da praticarsi in un numero piuttosto ragguardevole e a giorni alterni.

Sia per la tolleranza da parte degli infermi che per i risultati ottenuti, gli AA. propongono tale metodo di cura come da largamente sperimentarsi.

BIBLIOGRAFIA.

Grassi B. *Enterocolite con parassiti.* Nota Prev. Gazz. Med. Ital. Lomb., 1879, 39, 286.

Id. *Di un nuovo parassita dell'uomo: Megastoma entericum.* Gaz. Ospedali, 1881, 2, 577.

Grassi B. e Schewiakoff. *Beitrag zur Kenntniss des Megastoma entericum.* Zeit. f. wis. Zool., 1888, XLVI, 143.

Perroncito E. *Lamblia intestinalis nell'uomo e nei topi.* Ann. R. Acc. Agr., Torino, 1902, 45.

Castellani A. *Diarrhoea from flagellates.* British Med. Journ., 1905, 14.

Mello Leitao. *Flagellate dysentery in chindren.* Brit. Journ. chiid. dis., 1913, 10.

Woodcock e Penfold. *Futher Notes on Protozoan Infection occurring ecc.* British Med. Journ., 1916, 3, 18.

Fantham e Porter. *The Pathogenicity of giardia intestinalis to men and experimental animals.* Brit. med. Journ., 1916, 139.

Sangiorgi G. *Lamblie e spironemocee nell'intestino dell'uomo.* Pathologica, 1966.

Castellani A. *Notes on trop. dis. met with in the Balc. ecc.* Jour Tro. Med. e Hyg, 1917.

Mac Neil H. L. *A new method of treating flagel. infec.* Southern Med. Jour., 1917, 10.

CADE A. HOLLANDE CH. *Essai de trait. par le néos. de l'ent. à giar. int.* Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp., Paris, 1918, 11.
SMITHIES F. *The Frequency of protozoic enteric. in the Middle West.* Amer. Jour. Med. Scienc., 1918, 2.
SERGENT, RIBADEAU DUAS e BABONNEIX. Traité de Path. Méd. et de Ther. appl., 1921.
DESCHIENS. *Enterites à giardia.* Imprimerie Jehlen, Paris, 1921.
SADI DE BAUEN. *El lamblia intestinalis en España.* Laboratorio, 1921, 3.
DESCHIENS R. *Action antiparasitaire des sels de bismuth per os et à doses massives dans les infestations à giardia.* Bull. Soc. de Path. Exot., 1923, 12, 10.
WHITTINGHAM H. E. *Observ. on the Pathog. and Treat. of flagel. dysent.* Journal Stat. Med., 1923, 31.
MARCHOUX E. *Action du stovarsol sur la paras. int.* Paris, Médical, 1924, 47.
GARRET F. D. *Some obstinate cases of cron. diar. to Inf. of the duodenum by Giardia intestin.* Southwerstern med., 1925, 9.
GALLI-VALERIO. *La lambiase.* Congrès Méd. Trop. de l'Afr. occ., 1925.
CASTEX e GALAN. *La giardiase duodénale.* Arch. Malad. app. digestif, 1926, 6, 633.
WINKLER. *Lamblia intestinalis und Cholecystitis.* Med. Klin., 1926, 22.
PIETRA e ALLODI. *Lambliasi vescicolare.* Minerva Med., 1927, 7, 20.
SCHILL E. *Lamblia intestinalis neben Zeich. von Cholelith.* Deut. Med. Woch., 1928, 54.
SMIRNOFF. LUDMILA. *Contribution à l'étude de la Giardiase vésiculaire.* Thèse de Paris, 1929.
PENSO G. *Giardia intestinalis e Giardiasi.* Ann. Medic. Nav. e Colon., 1929, 2.
ALESSANDRINI G. *Parassitologia dell'uomo e degli animali domestici.* U.T.E.T., Torino, 1929.
CADE, COTTE, MORENAS. *Étude d'un cas de lambliase ténace. Inefficacité de la cholécystectomie.* Journ. de méd. de Lyon, 1929.
CHANTRIOT. *Amebiase et Lambliase.* Revue de Méd. et d'Hyg., 1930, 299.
MORENGS L. *Les diarrhées parasitaires.* Clin. et Lab., 1930.
DESCHIENS R. *Recherches sur l'infection des voies biliares par les Giardias.* Arch. Mal. app. digestif., 1930.
MORENAS. *La giardiase des voies biliaires.* Ann. de Paris. hum. et comp., 1930.
MADINAVEITIA J. M. *Nouveau traitment de la lambliase duodénale.* Arch. de Med., Cir. y Espec., 1930, 33.
MAZZA S. *Papel de los Protozoarios en las apendicitis.* Bol. Inst. Clin., 1930, 6.
BLACKLOCK D. B. e SOUTTHELL T. *A guide to human Parasitology*, London,, 1931.
MATHIAS C. *Lambliase vesicular.* Ann. Paulistas de Med. e Cir., 1931.
FAUST E. C. *Habitat of giardia in the intestine.* Proc. of the Soc. for Exp. Biol. and Med., 1931, 621.
DE MURO P. *Parassitismo intest. nei bambini appar. sani dell Agro Pontino.* Croce Rossa, 1934, 7.
LANDA E. *Zur Therapie der Lamblienenteritis.* Wien. Klin. Woch., 1934, 21.
ZAGARESE. F. *Visceriti e perivisceriti.* Zanichelli, Bologna, 1934
FRANCHINI e GIORDANO. *Patologia e parassitologia dei paesi caldi.* Moden, 1935.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA PROF. S. GAVAZZENI - BERGAMO

La funzionalità esocrina del pancreas nelle cardiopatie scompensate.

Prof. MAURO GAVAZZENI.

Il comportamento della funzionalità esocrina del pancreas è stato studiato in svariatissime condizioni morbose da parte di molti Autori; da quanto mi risulta però, l'indagine non è stata condotta in casi di cardiopatie gravi con stasi cronica. Ho ritenuto perciò non privo di interesse uno studio diretto in questo senso, data l'esistenza, ben nota, di alterazioni e l'insorgenza di processi indurativi a carico del pancreas, analogamente a quanto avviene in altri organi — nel fegato in particolar misura — in seguito alla stasi cronica.

Al fine di una più esatta valutazione del fenomeno ho ritenuto opportuno studiare il comportamento delle funzionalità esocrine del pancreas in soggetti con scompenso cardiaco durante lo scompenso stesso e successivamente, nella fase di compenso; e ciò al fine di osservare se e fino a qual punto la stasi venosa, passiva, fosse capace di influire, di per se sola, sulla funzionalità dell'organo.

A rivolgere l'attenzione e ad eseguire le indagini su pazienti scompensati fui indotto anche dal fatto che numerose ricerche condotte su soggetti affetti da cardiopatie non mai scompensatesi e in buone o discrete condizioni di funzionalità cardiaca mi permisero ottenere — col metodo seguito pure nelle ricerche in parola — risultati tali da ritenere che in simili condizioni morbose la funzionalità esocrina dal pancreas è da ritenersi, per quanto consente la sensibilità del metodo, normale.

Per quanto riguarda la funzione endocrina del pancreas non furono eseguite ricerche particolari: esistono a questo proposito indagini recenti di Casanova, il quale osservò in cardiopatici scompensati modificazioni delle curve glicemiche durante la prova di carico con glucosio, modificazioni che si attenuano col migliorare delle condizioni del circolo e che, secondo il Casanova stesso, sono solo secondariamente da attribuire alle condizioni di funzionalità del pancreas. Le ricerche sono state eseguite su pazienti degenti in questa Clinica: sono naturalmente stati esclusi tutti quei casi in cui un'eventuale deficente od alterata funzionalità pancreatica potesse venire attribuita ad altre cause, oltrechè allo scompenso di cuore. Ad ogni soggetto venne eseguita una determinazione all'ingresso in Cli-

nica, durante la fase di scompenso e prima di qualsiasi trattamento terapeutico; una seconda indagine venne eseguita a compenso raggiunto.

Il metodo seguito fu quello di determinare il potere diastasico secondo le modificazioni da Bettoni apportate al metodo di Wolgemhut: questo metodo si è dimostrato particolarmente sensibile od attendibile.

L'esistenza di alterazioni a carico dell'apparato digerente e del fegato negli scompensati di cuore può facilmente indurre di per sè variazioni a carico di alcuni di quei dati cui in genere si ricorre per lo studio della funzionalità pancreatica (creatorrea, steatorrea, dosaggio pei grassi nelle feci, ecc.). Si è perciò ritenuto opportuno ricorrere solamente allo studio del potere diastasico: il dosaggio di questo è stato eseguito nelle feci e nelle urine e nel siero di sangue. Ai valori di quest'ultimo si è data particolare importanza, data la facilità e la frequenza di alterazioni a carico della diuresi e dell'alvo.

Per brevità vengono omessi tutti i dati analitici ottenuti nei soggetti in esame. I casi studiati furono complessivamente 11: di questi alcuni (quattro) erano già stati in scompenso di cuore. In tutti i pazienti lo scompenso cardiaco era di grado molto marcato e manifesto.

Come si è già accentuato in tali pazienti con grande costanza si hanno variazioni nel comportamento della diuresi e dell'alvo: il che spiega facilmente i valori talora un po' discordanti osservati a carico del potere diastasico delle feci e delle urine: si è tenuto conto particolarmente dei valori di Unità diastasiche del siero di sangue. Orbene nella maggioranza dei casi si sono osservati nel periodo di scompenso, complessivamente valori diastasici tali da ritenere la funzionalità pancreatica pressochè immodificata: solo talora una certa tendenza ad una riduzione, per altro sempre modica. Naturalmente in questi casi le cifre di unità diastasiche osservate a compenso raggiunto non si spostarono in quei casi in cui erano normali e si innalzarono in genere fino ai valori quali di norma in tutti quelli in cui era stato constatato una lieve riduzione.

Un abbassamento, per altro sempre non molto spiccato, è stato osservato invece in quei casi in cui la stasi cronica perdurando da molto tempo, aveva determinato lesioni anatomiche e processi indurativi a carico del tessuto pancreatico. Si è sempre stati però ben lungi dall'osservare cifre molto ridotte, quali viene dato di riscontrare in affezioni pancreatiche ed in condizioni morbose particolari, quali non è qui il caso di ricordare. E che alle lesioni anatomiche sia di ricondurre l'ipofunzione pancreatica, più che alla stasi sanguigna di per sè, si deve pensare se si tien conto dei valori osservati dopo aver ricondotto i pazienti in condizioni di compenso. Questo fu di un grado notevolissimo in tre dei quattro casi presi in istudio: orbene in tutti i tre casi si sono osservati valori di unità diastasiche pressochè uguali a quelli ottenuti durante lo scompenso.

Si può quindi ritenere che nelle cardiopatie scompensate la funzionalità esocrina del pancreas è normale o solo lievemente ridotta: qualora si ottenga un compenso cardiaco buono, la funzionalità pancreatica ridiviene normale, mentre si mantiene ridotta solamente quando la stasi cronica ha perdurato tanto a lungo da dar luogo a lesioni anatomiche vere e proprie (induramento) a carico del tessuto ghiandolare pancreatico.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato il comportamento della funzionalità esocrina del pancreas (amilasi) in soggetti in scompenso cardiaco: ha osservato una funzionalità normale o solo lievemente ridotta. Col migliorare delle condizioni di circolo la funzionalità pancreatica si è mantenuta ridotta solo in quei casi in cui il perdurare della stasi aveva dato luogo a lesioni anatomiche a carico del pancreas.

BIBLIOGRAFIA.

CASANOVA. Cuore e Circol., 1934, pag. 3.
GASBARRINI. Relaz. Congresso Med. Int., 1931.
SOTGIU. Problema alimentare, 1932, pag. 5.
BETTONI. Diagn. e tecn. Laborat., 1931, pag. 90
SISTO. Medicina Interna, vol. II, pag. 64. Ed. Min. Med., Torino, 1931.

Rammentiamo l'importante pubblicazione:

Dott. ANTONIO SEBASTIANI
Medico aiuto negli Ospedali di Roma

I disturbi del ritmo cardiaco

Prefazione del prof. **Giuseppe Bastianelli.**

Espone in modo chiaro e semplice l'argomento in apparenza così complesso delle aritmie. Il manuale che è dedicato essenzialmente al medico pratico, è corredato da numerosi e nitidi elettrocardiogrammi (tutti casi osservati personalmente dall'A.), specialmente allo scopo di far intendere meglio in che cosa consiste il disturbo; vi sono riferite le vedute più recenti riguardo alla patogenesi: ed ogni capitolo è chiuso dai «dati clinici» che si riferiscono allo speciale disturbo trattato

Volume di pagg. VIII-144, con 73 figure nel testo. Prezzo L. **18,** più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **15,50** franco di porto in Italia. Per l'Estero L. **17.**

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

Gotta. Allergia. Uricemia.

(F. COSTE e A. GRIGAUT. *Presse Médicale*, 6 novembre 1935).

Se « gli Dei soli conoscono la causa *della gotta* » gli è perchè essi hanno riservato all'uomo l'esclusività di questa malattia, dotandolo di fronte all'acido urico di un comportamento speciale che non ha l'equivalente in altri animali. In effetti tutti i mammiferi, salvo l'uomo, trasformano mediante un fermento, l'acido urico in allantoina. Viceversa negli uccelli l'acido urico costituisce il prodotto terminale del ricambio azotato, come lo è l'urea nell'uomo, ma essi non conoscono la gotta.

Nell'impossibilità di produrre sperimentalmente negli animali la gotta e di osservarla come manifestazione spontanea, lo studio della malattia deve limitarsi a quel che può essere offerto dalla clinica.

Da lungo tempo è stato riconosciuto che la materia *peccans* della gotta è l'acido urico, come è comprovato dall'accumulo di tale sostanza nei tofi. Si notò d'altra parte che i gottosi, quantunque sovraccarichi di acido urico, ne emettono con le urine in quantità normali ed anche subnormali. Ed allora si impose la conclusione: la gotta è dovuta alla ritenzione dell'acido urico ed i suoi accidenti alla precipitazione di questo corpo, cioè è una malattia « precipitante » che si spiega con la soprasaturazione dei tessuti in urati.

Ma questa teoria nell'ultimo ventennio ha perduto terreno. Si è obbiettato che molti gottosi non sono iperuricemici, che le articolazioni colpite da lesioni gottose spesso non contengono urati, che il liquido dell'idrartrosi gottosa acuta di solito non contiene acido urico in quantità maggiore del sangue. D'altra parte si è rilevato che il tofo stesso inizialmente non è che un nodulo necrotico del tessuto connettivo, che secondariamente s'infiltra di acido urico o di altre sostanze come la colesterina o il calcio.

Si è costatato, d'altra parte, che ai gottosi si può iniettare l'urato di sodio senza provocare l'accesso.

Infine il dosaggio sistematico dell'acido urico ha dimostrato la banalità dell'iperuricemia. Questa non è una condizione speciale della gotta, e può incontrarsi in varî altri stati morbosi; come nella nefrite, nella leucemia, ecc.

Tutto insomma induce a ritenere che l'accumulo di acido urico da solo non è sufficiente a spiegare la gotta e che a scatenare l'accesso concorra qualche altro fattore. Si è pensato all'allergia.

In effetti alcuni fatti si accordano con l'origine allergica della gotta.

Così dal punto di vista clinico si è notato: la comparsa brutale, esplosiva, la natura congestizia dell'accesso, la sua regressione senza lasciare traccie, la sua comparsa dopo l'uso di determinati cibi o bevande, la frequente presenza di una piccola insufficienza epatica, la frequenza di antecedenti personali o familiari di reumatismo articolare acuto (affezione supposta allergica).

Dal punto di vista sperimentale si è rilevato lo scatenamento dell'accesso a seguito di iniezioni di alcune sostanze (ad esempio di liquido pleurico dello stesso infermo), la reazione positiva di alcuni gottosi al vino di Borgogna. Recentemente Gudzent mediante l'intradermoreazione ha constatato che i reumatici ed i gottosi sono spesso sensibilizzati verso una o più proteine alimentari, la cui soppressione nei pasti dà felici risultati terapeutici.

D'altra parte va rilevato il fatto già ricordato che la lesione iniziale del tofo è una necrosi fibrinoide del tessuto connettivo con reazione cellulare satellite, ossia una lesione molto simile a quelle della reazione iperergica.

Ma questi fatti sono troppo scarsi perchè si possa senz'altro ammettere un'origine esclusivamente allergica della gotta. Sta di fatto che gli accessi si provocano spesso senza alcuna causa determinabile, che talvolta l'accesso è determinato da un raffreddamento, da un disturbo circolatorio locale, o da un'emozione violenta, fatti per i quali l'elemento allergico è discutibile o molto indiretto, e infine nei fatti ritenuti come provocati dall'allergia alimentare si è potuto trattare di un'intossicazione alterante la funzione epatica e quindi non di un fatto schiettamente allergico.

Bisogna aggiungere che le prove di Prausnitz-Küstner non sono state fatte o per lo meno non sono state fatte su larga scala in modo da dare risultati convincenti, che non si è ancora riusciti a isolare dalle urine dei gottosi una sostanza d'Oriel attiva, e che infine l'autoemoterapia e l'autosieroterapia hanno dato risultati terapeutici nulli.

Poichè la teoria urica e la teoria allergica da sole non sono sufficienti a spiegare l'accesso gottoso e poichè d'altra parte esse hanno in loro favore dati di fatto incontestabili, conviene pensare che forse ambo i fattori (l'urico e l'allergico) concorrano simultaneamente a scatenare l'accidente.

Al riguardo si può avanzare l'ipotesi che i due fatti coincidono semplicemente, senza dipendere l'uno dall'altro. Il gottoso sarebbe un iperuricemico sensibilizzato verso antigeni diversi: sotto l'influenza dell'iperuricemia gli accidenti allergici prenderebbero un aspetto particolare. La gotta sarebbe un'allergia modificata dall'iperuricemia.

O anche, e forse con più fondatezza, si può pensare ad un'interdipendenza dell'allergia e dell'uricemia gottosa.

Per bene comprendere questa interdipendenza bisogna precisare alcuni concetti sul fatto ritenuto essenziale nella gotta, la ritenzione di acido urico. Questo elemento in alcuni è attribuito all'impermeabilità renale (teoria renale della gotta), da altri ad un'eccessiva affinità dei tessuti per l'acido urico (uratoistechia di Gudzent), e da altri infine al difetto nelle urine di sostanze necessarie alla solubilizzazione dell'acido urico (teoria urinaria).

Ma, come si è accennato, l'accumulo dell'acido urico nell'organismo prima, durante e dopo l'accesso gottoso non è un fatto costante, anzi in molti casi è stato constatato perfettamente l'inverso. Quel che sembra invece accertato è la capacità dell'organismo a preparare in eccesso l'acido urico, una condizione per la quale l'organismo è capace di preparare dai corpi azotati o ternari per sintesi le basi puriuriche. Nel gottoso si avrebbe insomma un'iperproduzione di basi puriuriche a spese delle albumine alimentari o endogene. E l'accesso sarebbe provocato da una sovraccarica locale, tossica, o sensibilizzante a mezzo di tutte quelle sostanze che determinano l'accesso: l'acido urico per sè stesso non sarebbe nè irritante per i tessuti, nè sensibilizzante, non sarebbe che un prodotto morto dell'accesso, il risultato di una distribuzione brutale di queste grosse molecole nocive, provocate da un'influenza che agisce su un territorio preparato. DR.

Sui rapporti fra la patologia del ricambio dell'acido ossalico e le malattie articolari croniche.

(S. BATTISTINI, F. QUAGLIA, A. ROBECCHI. *Archivio per le Scienze Mediche*, luglio 1935).

Su numerosi casi di poliartrite cronica primitiva, poliartrite cronica primitiva di origine infettiva, postumi di reumatismo articolare acuto, artrosi, poliartrite uratica, algie, gli AA. hanno praticato il dosaggio dell'ossalemia riscontrando un reperto frequente di iperossalemia, in percentuali poco differenti nei vari gruppi presi in considerazione. Ciò sta a dimostrare che tale dato non è sufficiente ad illuminare nei singoli casi nel suo significato patogenetico, nè è capace di conferire una impronta clinica particolare al decorso della affezione articolare. L'iperossalemia viene ad assumere così l'aspetto modesto di un semplice reperto collaterale, quasi occasionale.

La genesi delle frequenti iperossalemie nel corso delle poliartriti croniche primitive costituisce uno dei capitoli più controversi della patologia articolare ed ha perciò richiamato l'attenzione degli AA. Essi hanno voluto ricercare se in una parte almeno dei loro pp. fosse dato di riscontrare un riesacerbarsi della sintomatologia articolare in seguito alla somministrazione di sostanze ossalofore, ma le loro esperienze hanno dato risultati negativi o quasi. Hanno perciò ritenuto necessario orientarsi diversamente nelle loro ricerche e si sono dati a studiare le anomalie del ricambio idrocarbonato nelle malattie articolari croniche in genere e nelle poliartriti primitive in specie. Tali anomalie consistono (Pamberton) in un frequente aumento di modico grado della glicemia a digiuno e in un ritardo nel ritorno al normale della curva glicemica dopo carico.

I nostri AA. hanno praticato alcune curve glicoossalemiche ed in 10 casi su 18 hanno notato che la curva ossalemica seguendo di pari passo quella glicemica subiva un notevole e protratto innalzamento, fatto questo di notevole importanza.

Un fenomeno da prendersi in considerazione è la presenza di acido ossalico nel liquido dei versamenti articolari che può riscontrarsi, anche in quantità tutt'altro che trascurabili, nel corso di artropatie di varia natura.

Dalle loro ricerche, per quanto sull'argomento molto ancora ci sia da fare, gli AA. si sentono autorizzati a trarre alcune importanti deduzioni:

1) Non è possibile differenziare una forma particolare di « reumatismo ossalico » basandosi esclusivamente sul reperto di una iperossalemia;

2) Nulla autorizza finora a considerare l'acido ossalico come la causa prima di talune lesioni articolari;

3) L'iperossalemia in simili circostanze va piuttosto interpretata come un fenomeno secondario legato alle complesse anomalie del ricambio che si accompagnano alle artropatie croniche.

Resta a domandarsi se l'accumulo di acido ossalico nel sangue di questi pp., sia la causa di taluni sintomi caratteristici di queste malattie.

Ma gli AA. deliberatamente non si occupano di questo argomento difficile, che ritengono per ora insolubile. Accennano invece ai raffronti fra calcemia ed ossalemia che reputano degni di ulteriori studi, sotto il nuovo punto di vista dello stato di ionizzazione del calcio e della fissazione di esso da parte dell'acido ossalico. VICENTINI.

MILZA.

Sul significato diagnostico della tumefazione splenica.

(E. SCHLIEPHAKE. *Mediz. Welt*, 11 magg. 1935).

La partecipazione della milza a tutta una serie di processi morbosi di natura la più diversa costituisce uno dei dati più noti al clinico. Ma solo di recente acquisizione sono alcuni fenomeni fisiopatologici che ci mettono in grado di stabilire la relazione che intercorre fra le alterazioni patologiche e la reazione splenica.

reazione che a noi, nella maggior parte dei casi, viene rivelata dal tumore splenico costatato colla semplice palpazione.

Quindi, prima di enumerare le varie condizioni nelle quali si avvera la splenomegalia l'A. fa cenno delle relazioni funzionali che legano la milza ai processi morbosi svolgentisi nell'organismo umano.

Osservazioni recenti di Asher, Schliephake ed altri dimostrano che alla milza spetta l'importanza di un organo di regolazione umorale, regolazione che ha luogo però solo nello squilibrio patologico. Esisterebbe un increto splenico destinato a mantenere l'equilibrio ionico e colloidale del sangue ed a mantenerne costante il tasso colesterinico. Tale increto è stato denominato « Prosplene »; l'esistenza di esso fa inserire la milza fra gli organi del sistema endocrino; si spiegherebbe così la non rara tumefazione splenica nel morbo di Basedow, la compartecipazione di essa in alcune malattie del ricambio o da carenza come p. es. la rachitide.

Sono di dominio comune le nozioni riguardanti i legami fra la milza e il sistema emopoietico; a parte le funzioni della milza quale organo reticolo-endoteliale (e quindi funzioni di filtro, di fagocitosi ecc.) di grande importanza sono le azioni spleniche a distanza; fra queste va ricordata l'influenza sulla maturazione e specie sulla denucleazione delle emazie: difatti le ricerche di Hirschfeld, Schilling ed altri dimostrano come dopo la splenectomia gli eritrociti circolanti frequentemente presentano i corpi di Jolly ed altri residui nucleari. V'è indubbiamente anche un influsso dello splene sulla leucopoiesi midollare, come è stato costatato da Franck e Asher. L'importanza della milza nell'emolisi viene sufficientemente fondata sulle nozioni cliniche sull'ittero emolitico. Per quel che riguarda il rapporto milza-trombociti, vanno ricordate le ricerche di Schliephake e Haenlein, secondo le quali l'estratto splenico favorisce la piastrinopoiesi e con essa anche la coagulazione del sangue. Infine, è banale la nozione che la milza stessa costituisce anche una ghiandola linfatica gigante, partecipa quindi direttamente alla linfopoiesi.

Non facciamo che ricordare l'importanza della milza nei processi di immunità; sembra che il prosplene abbia anche la proprietà di stimolare direttamente la fagocitosi dei polimorfonucleati. E finalmente nella costatazione del tumore splenico si terranno anche presenti le intime correlazioni del sistema epato-lienale e la possibilità che una splenomegalia può essere simulata da alterazioni di uno degli organi [illegible] pleura, il diaframma, lo stomacoda del pancreas, ecc.

[illegible] rassegna di tutte le contingenze [illegible] manifesta il tumore splenico, come è stata presentata dall'A. riporteremo qui solo i dati più salienti. Così, nella grande serie delle splenomegalie infettive è da ricordare come nella grippe il tumore splenico è molto più precoce che nella febbre tifoidea; nei quadri settici questo può essere talmente molle da sfuggire all'osservazione e può variare a seconda i giorni in rapporto a minore o maggiore ripienezza di sangue. È degno di nota che la tumefazione della milza può verificarsi anche nei processi settici localizzati, dei quali dimostra però la tendenza alla generalizzazione; la sua evidenza insieme a rialzi febbrili deve spesso indurre a pensare alla possibilità di un focolaio infettivo latente. Si noti che anche la vaccinazione antitifica può provocare aumento della milza; questo può verificarsi pure nella tubercolosi miliare, nel linfogranuloma inguinale, nella colite ulcerosa (mentre manca di solito nella dissenteria). Nella lue la splenomegalia spicca specialmente nelle forme congenite dei neonati, manca spesso però nella lue congenita tarda. Non ci soffermiamo naturalmente sulle splenomegalie da malaria, melitense, kala-azar ecc. e da quella dell'endocardite lenta, troppo note per essere rievocate.

Lo stesso dicasi delle splenomegalie che si verificano nelle malattie del sist. emopoietico. È noto come il tumore splenico è molto più rilevante e precoce nelle mielosi leucemiche che non nelle linfadenie, e può costituire il primo sintoma delle mielosi aleucemiche. Nelle anemie emolitiche la anamnesi familiare, il cranio a torre, e finalmente l'esame del sangue insieme all'esistenza di un tumore duro della milza costituiranno gli elementi preziosi della diagnosi. Nell'anemia perniciosa la splenomegalia è spodogena come lo è nell'emoglobinuria parossistica e nell'ematoporfinuria. Il tumore molle della milza si osserva nelle diatesi emorragiche. Anche nella clorosi esso può essere riscontrato. È nota l'esistenza della varietà splenomegalica della policitemia.

Per le malattie del sistema linfatico il tumore splenico può talora costituire un sintoma precoce del linfosarcoma e del linfogranuloma; esso però non è costante; nell'ultimo caso è di consistenza dura; del ricco corteo delle forme cliniche della linfogranulomatosi accenniamo alle forme leucopeniche nelle quali si osservano anche alterazioni tossiche dei granulociti che presentano nuclei tozzi poco colorabili.

Tipiche sono le splenomegalie delle reticoloendoteliopatie quali il morbo di Gaucher e di Neumann-Pick, dove l'esame del sangue o meglio la puntura splenica forniranno la chiave della diagnosi.

E finalmente nell'ambito delle malattie epato-lienali, va ricordato anzitutto il morbo di Banti con i suoi tre stadi caratteristici. Si ricordi che anche nell'ittero semplice vi può essere splenomegalia, la quale invece manca nel-

l'atrofia acuta del fegato. Modificazioni rapide nel volume della milza si hanno nella trombosi della porta e nella pileflebite, nelle quali l'emorragia può ridurre rapidamente la splenomegalia.

Le malattie isolate della milza quali ad es. la tubercolosi, i tumori, appartengono a rarità e possono essere ammesse soltanto per esclusione. Tumefazione splenica può insorgere rapidamente per infarti con perisplenite lenta.

Abbiamo già accennato alle splenomegalie apparenti, simulate da alterazioni degli organi vicini; i processi endotoracici respingeranno la milza in basso; quelli a carico del rene (cisti, ipernefromi), pur facendo apparire un'ottusità all'ipocondrio, saranno svelati studiando la posizione del colon (respinto dalla milza all'interno e in basso, dai tumori renali rimanente invece in avanti). I tumori della coda del pancreas, dell'angolo dell'ala sin. del fegato, possono talvolta contrarre tali aderenze colla milza da rendere impossibile ogni distinzione palpatoria. Lo stesso può avvenire in alcune affezioni gastriche (ulcera callosa perforata nella milza), o negli ascessi subfrenici o pararenali. Di diagnosi relativamente facile sarà la milza amiloide o da stasi.

Quello che abbiamo riportato non costituisce che un rapido sguardo sull'importanza diagnostica delle splenomegalie; pur rimanendo alla superficie del problema, esso serve a ricordare al medico pratico quante e quali sono le condizioni nelle quali la nostra attenzione sarà attratta dalla modificazione del volume splenico, il cui significato non può essere del resto delucidato che attraverso una valutazione completa della sintomatologia clinica.

S. MINZ.

La sindrome emorragica tardiva nelle rotture della milza da contusioni.

(M. MAURO. *Ann. It. di Chir.*, Vol. XIII, p. 93, 1935).

L'A. distingue le emorragie ritardate con un massimo di latenza di due giorni, dalle vere emorragie secondarie che si possono avverare da molti giorni fino anche ad alcuni mesi dopo il trauma. Per queste ultime è facile pensare ad una primitiva emostasi spontanea e ad una eliminazione secondaria (in dipendenza di altro trauma o di una lieve infezione che disfa i trombi od anche di una necrosi lenta della polpa splenica). Più difficile spiegare le emorragie solo ritardate per cui sono state emesse dagli autori varie teorie: *a*) rottura splenica in due tempi per varie cause (altro piccolo trauma, sforzi, diminuita pressione addominale).

b) tamponamento nella loggia splenica dell'ematoma perisplenico incistato in primo tempo. Infatti la loggia splenica è ben chiusa e presenta solo uno iatus che è otturato dalla faccia posteriore del colon e dello stomaco; per cui un semplice spostamento di questi organi può causare l'emorragia secondaria; *c*) contrazione dei vasi splenici sia del peduncolo che della polpa; *d*) tamponamento da parte dell'epiploon.

È molto importante poter fare la diagnosi nel periodo di latenza perchè così si evita di operare pazienti in stato di anemia sempre abbastanza grave che, unita a quella causata dalla semplice asportazione di una milza sana, è frequente causa di insuccessi; per cui il semplice sospetto di lesioni spleniche giustifica l'intervento operatorio.

L'A. descrive 7 casi occorsi alla sua osservazione in cui il periodo di latenza varia da 6h. a 4 giorni. I pazienti sono tutti stati operati di splenectomia e sono state riscontrate lesioni dell'organo che erano rappresentate sia da lacerazioni profonde che da rotture in due e anche tre pezzi assolutamente liberi. In un caso potè fare diagnosi di probabilità di lesioni spleniche per cui intervenne subito, mentre gli altri 6 furono operati quando era sopraggiunta l'emorragia secondaria.

L'operazione è sempre consistita nella splenectomia e in una accurata toletta del cavo e drenaggio dell'ipocondrio con garza.

Durante il periodo di latenza si è avuta scarsezza di sintomi.

Può diagnosticarsi la rottura della milza nel periodo di latenza? Si ritiene in genere che nel 50 % dei casi manchi ogni sintomo rivelatore; ma all'A. sembra che ciò sia esagerato e che sia sempre possibile fare la diagnosi solo che l'osservazione dei contusi sia fatta con attenzione. Bisogna tener presente la discordanza tra sintomatologia e importanza della lesione anatomica; tra entità del trauma e lesione stessa.

La sincope secondaria che succede allo stato di commozione è un segno che, quando esiste, può considerarsi patognomonico, dolore spontaneo e l'esacerbarsi di esso nel decubito dorsale; dolore alla spalla S.; contrattura muscolare spesso lievissima; vomito; ritenzione d'urina.

Il periodo di latenza è improvvisamente interrotto dalla grave emorragia secondaria.

Da queste considerazioni l'A. conclude: tutti i contusi del fianco e ipocondrio S. anche in quasi assenza di sintomi debbono essere spedalizzati e sorvegliati strettamente. Appena un contuso addominale accenna alla ripresa dei sintomi cavitari, anche lievi, deve immediatamente essere operato qualunque sia stato il trauma e la sintomatologia che lo ha seguito.

MEDI.

MEDICINA SOCIALE.

La diagnosi obiettiva del dolore.

(M. DE LAET. *Atti del VII Congresso internazionale degli infortuni e delle malattie del lavoro*, Bruxelles, 1935).

La documentazione obiettiva di un dolore consecutivo a traumi indennizzabili è tutt'altro che facile.

Quando il dolore accompagna una lesione anatomica è più facile perchè esistono fatti obiettivamente controllabili che possono dar ragione della manifestazione sensitiva. D'altra parte questo accertamento dal punto di vista della medicina legale infortunistica ha minore importanza, perchè il danno provocato dal dolore spesso si confonde con l'invalidità funzionale.

Ma non di rado il dolore è denunziato come il solo disturbo invalidante o come il fatto essenziale o prevalente dell'asserita invalidità.

In tal caso l'obiettivazione del dolore è molto più difficile.

Talvolta i segni obiettivi rilevabili all'esame clinico sono minimi. Così nella causalgia, quasi sempre di origine traumatica, si possono avere sintomi concomitanti consistenti in disturbi vasomotori: la pelle del territorio interessato è sottile, rossa, madida di sudore, macerata e coperta di sudamina, oppure è pallida e secca, e può anche non presentare alcuna modificazione.

Comunque si possono avere forme algiche non accompagnate da disordini rilevabili all'esame clinico e quindi non documentabili medico-legalmente.

Recentemente si è tentato di trovare nella misura della cronaxia un elemento capace di attestare la realtà di un dolore. Bourguignon nel 1934 ha dimostrato l'esistenza di variazioni estemporanee della cronaxia muscolare sotto l'influenza del dolore del reumatismo cronico. Egli ha trovato che mettendo l'arto in una posizione dolorosa si ha un aumento doppio della cronaxia del punto motore di un muscolo la quale in posizione non dolorosa aveva valore normale. Moldaver confermò questi risultati.

Ma la mancanza delle modificazioni della cronaxia non autorizza a negare senz'altro il dolore. D'altra parte conviene rilevare che si tratta di una ricerca delicata che deve essere praticata con le maggiori cautele. In effetti basta la semplice contrazione di un muscolo antagonista per aumentare e anche raddoppiare la cronaxia.

In mancanza di mezzi di esplorazione diretta dei fenomeni della sensazione dolorosa, conviene ricorrere alla ricerca delle reazioni associate, dei segni indiretti.

L'esame di un traumatizzato indennizzabile richiede un'accorta osservazione del suo contegno, della sua andatura, dei suoi motivi, sopra tutto quando non si sa osservato o quando esegue movimenti ordinari come quelli dello spogliarsi o del vestirsi. Può capitare allora di sorprendere, se si tratta di un simulatore, che il soggetto abbandona attitudini antalgiche ostinatamente mantenute o di eseguire liberamente movimenti asseriti dolorosi.

I segni della difesa locale sono spesso preziosi. Le articolazioni dolenti hanno sempre movimenti limitati; all'addome ed ai lombi la contrattura muscolare accompagna sempre il dolore dovuto ad una lesione sottostante. Ma purtroppo tale segno non è utilizzabile in molte forme e localizzazioni di algie e, viceversa, molti ulceropazienti presentano difese muscolari a seguito ad una semplice pressione locale.

Le reazioni pupillari sono state largamente sfruttate allo stesso scopo. Foà e Schiff hanno qualificato la pupilla un estensiometro sensibilissimo.

Uno studio completo sull'algoscopia pupillare è stato fatto recentemente da A. Peri. Questi insiste sulla necessità di verificare preventivamente se l'infortunato non presenti qualche disturbo della motilità fisiologica del lume pupillare, e di sottrarre il visitando a tutte le eccitazioni capaci di modificare le sue reazioni. Osservando tutte le precauzioni atte ad eliminare tutte le perturbazioni della reflettività normale Peri ha trovato che negli individui normali la midriasi al dolore è un riflesso costante. Ma non sempre riesce possibile eliminare tutte le influenze perturbatrici e particolarmente l'emozione. Pertanto la midriasi al dolore quantunque abbia un grande valore probativo non ha sempre un significato indiscutibile.

Mankopf e Rumpf indicarono come prova della realtà del dolore le modificazioni della frequenza del polso. Schiff aveva già notato nel 1867 che i dolori deboli accelerano il ritmo cardiaco mentre quelli forti lo rallentano. Successivamente Lombroso, Mankopf, Egger, Rumpf, Lederer constatarono sempre accelerazione, mentre Leysana e Mantegazza sempre rallentamenti. Nijssen praticò 163 esperienze su 43 individui: trovò nel 60 % aumento della frequenza, nel 27 % ritardo e nel 13 % nessuna modificazione. Date queste divergenze che rivelano l'incostanza del fenomeno, il segno di Mankopf-Rumpf è infedele. Può essere negativo quando il dolore esiste realmente, e può essere positivo come effetto di influenze emotive quando il dolore è inesistente.

Più costante e quindi più probativa è la vaso-costrizione e quindi l'aumento della pressione arteriosa sotto l'azione del dolore, quantunque anche in questo caso bisogna tener conto che l'emozione può influire sul fenomeno. Numerosi fisiologi e clinici hanno

constatato che allo stato di veglia gli animali sottoposti a stimoli dolorosi presentano immediatamente un notevole aumento della pressione arteriosa.

Nijssen ha fatto larghe esperienze ottenendo gli stessi risultati: il dolore determina un'elevazione immediata della pressione arteriosa massima e minima di più di un cm. Sotto narcosi la reazione persiste attenuata, mentre manca nei dolori isterici. Tutte le anestesie periferiche e le analgesie siringomieliche la sopprimono.

Il riflesso psico-galvanico, fenomeno modificatore della conduttività elettrica della pelle non ha dato risultati tali che consentano di sfruttarlo a scopo medico-legale.

Il dolore provoca un aumento dell'acidità dell'urina. Questa reazione è indipendente da ogni influenza emotiva. Ma la negatività del fenomeno non consente l'esclusione del dolore.

Il dolore provoca una scarica di adrenalina che l'indussero nel complesso degli altri fenomeni: ipertensione vasale, aumento dell'acceleramento del polso e dell'acidità urinaria. Il dolore sembra inibire la secrezione d'insulina, dove iperglicemia ed eventualmente glicosuria. Ma la paura e la collera provocano la stessa reazione. È stato notato che il dolore arresta la secrezione del succo gastrico, e che talvolta aumenta talaltra arresta il sudore.

Allo stato dei fatti si può concludere che non esiste alcun mezzo clinico, sufficiente da solo per riconoscere in modo costante e decisivo la realtà di un dolore fisico.

Tuttavia associando i mezzi di esplorazione metodica del soggetto alla ricerca di una o più reazioni algiche si può con sufficiente approssimazione decidere dell'esistenza o meno di un asserito dolore. DR.

DIVAGAZIONI

L'estasi.

R. Benon prendendo lo spunto da alcune discussioni sorte a proposito di una donna di Blain, la quale spesso è colpita da stati di rapimento ed avrebbe subito anche le stigmate, espone alcune considerazioni su quel particolare stato d'animo denominato estasi.

L'analisi psico-clinica rivela che l'estasi è costituita da sensazioni speciali di natura voluttuosa, che coesistono con idee mistiche e religiose.

L'individuo per descrivere tale suo stato fisico adopera le parole: incanto, beatitudine, gioia, felicità, ecc. Altri soggetti dicono di avvertire una sensazione di leggerezza corporale, di sollevamento, di rapimento.

L'iperideazione è certa, ma talvolta il soggetto parla molto, tal'altra rimane in silenzio. Comunque il suo discorso ha sempre un tema religioso: si tratta di un amore mistico.

Questi fatti fisici e psichici non costituiscono una malattia e neppure una sindrome, sono semplicemente l'espressione di anomalie nervose. Possono aggiungersi ad uno stato morboso, possono avere una parte importante in questo stato morboso, ma non ne costituiscono mai il fenomeno essenziale.

L'estasi può essere definita come uno stato d'incanto fisico generale, uno stato di gioia e di voluttà diffusa e non localizzata su un punto del corpo, con iperideazione amorosa-mistica.

Le allucinazioni della vista e dell'udito che si hanno nell'estasi, non hanno i caratteri di quelle del delirio allucinatorio a decorso cronico. Sono vaghe, più o meno incoerenti, e si dissipano non appena il soggetto ritorna allo stato normale.

Una notevole importanza hanno le relazioni dell'estasi con l'astenia. Tutti gli estatici, prima di entrare nello stato caratteristico presentano astenia (ossia amiostenia e anideazione), la quale è determinata dalle varie emozioni dolorose sopportate per mesi ed anni. L'estasi, episodio di rapimento e voluttuoso, è una forma di compenso allo stato cronico doloroso, che interrompe ogni giorno o più di rado. Solo eccezionalmente i grandi stati estatici durano a lungo: con l'andar degli anni vanno attenuandosi e spegnendosi.

In tutti gli estatici esiste all'origine uno stato passionale più o meno complesso, fatto d'amore divino, o insieme d'amore carnale e divino, che parecchie volte è accompagnato da crisi isteriche, ossia da crisi a base di snervamento.

Santa Teresa, che è un classico tipo di estatica, che « ha gustato grandi delizie presso il Signore », che « ha così grandi trasporti d'amore di Dio da morire di desiderio di essergli unita », Santa Teresa ha perfettamente descritto lo stato di astenia. Essa dice: « Nostro Signore vuole che di tanto in tanto l'anima sia nelle tenebre e privata della Santa luce... Io ho passato otto giorni in queste oscurità. Non trovavo più in me il sentimento dei miei obblighi verso Dio, nè il ricordo delle Sue grazie: il mio spirito era colpito da impotenza e assorbito in non so che cosa. Certo non avevo nessun pensiero cattivo, ma mi sentivo così incapace di averne dei buoni che ridevo di me e mi compiacevo a constatare la bassezza di un'anima quando Dio sospende in essa la sua azione... ». E ancora: « Ecco uno stato di anima nel quale, quantunque raramente, mi capita di trovarmi: durante tre, quattro o cinque giorni tutti i favori di Dio, le impressioni di fervore scompaiono o impallidiscono nella mia memoria al punto che, se lo volessi, non potrei rievocare il minimo bene esistente in me. Tutto mi sembra un so-

gno; non posso ricordare nulla; i miei mali corporei mi accasciano tutti in una volta; il mio spirito si turba, non posso più formare un pensiero di Dio, non so in qual modo e sotto quale legge io vivo. Se leggo, non comprendo nulla di ciò che leggo. Mi trovo piena d'imperfezione, e senza coraggio per la virtù; e tutto il mio grande coraggio abituale svanisce in modo che mi sembra di essere incapace di resistere a qualsiasi tentazione, alle parole che si possano dire contro di me. Mi viene allora il pensiero di non essere più buona a nulla. Cado in tristezza e mi sembra di avere ingannato tutti coloro che hanno una qualche buona opinione di me. Vorrei nascondermi in un luogo dove non possa essere più vista. E non è per virtù che io desidero la solitudine, ma per viltà. Infine mi sento interiormente spinta a maltrattare tutti coloro che volessero contraddirmi ».

Non si potrebbe esprimere in un modo più preciso e più sottile le sensazioni somatiche e lo stato di spirito dell'astenia. Queste fasi di depressione nervosa generale si alternavano in Santa Teresa con lo stato estatico, e probabilmente si verificavano in essa tra l'astenia e l'estasi fasi di stato stenico normale. Comunque essa non era una periodica nel senso neuropsichiatrico.

L'estasi non è una malattia, nè una sindrome, è un'anomalia stenica, muscolare e psichica. Tutti gli individui che hanno estasi, sono astenici prima dell'estasi. L'estasi rappresenta in essi un episodio iperestenico con sensazioni voluttuose e ideazione mistica. L'astenia negli estatici è determinata da uno stato passionale doloroso (amore divino, amore carnale e divino), da cui sono invasi in un dato momento. *argo*.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

O. MARGARUCCI. *Bartolomeo Eustachio, medico, filosofo, anatomico sanseverinate*, Teramo, 1935.

Il prof. Margarucci pubblica la conferenza su Bartolomeo Eustachio detta al 2° Congresso della Società Medico-Chirurgica degli Abruzzi e che è un bellissimo studio sulla vita e sull'opera immortale del grande medico e letterato cui dobbiamo importantissime scoperte anatomiche. L'A. precisa con grande esattezza e valendosi di fonti sicure, la patria d'origine dell'Eustachio, ne fa un quadro vivace della vita e illustra con dotte citazioni e ricerche nei manoscritti l'opera immortale del grande anatomico dell'Archiginnasio della Sapienza di Roma.

Dobbiamo essere grati all'A. per la sua dotta e appassionata illustrazione dell'opera di uno dei nostri più grandi Maestri del Rinascimento che mette in evidenza quanto l'umanità debba al genio dell'Eustachio, gloria dello Studio Romano. VALDONI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Atti dell'Accademia Medico,Lombarda. - Riunione siraordinaria Internazionale sulle onde corte in medicina. Relazione raccolta da A. VINAJ e P. CIRLA. Milano. L. 30 in abbonamento.

Nella riunione straordinaria internazionale tenuta a Milano nell'aprile ultimo scorso molti argomenti sono stati messi in discussione e dobbiamo esser grati al prof. Vinaj e al dott. Cirla di poter leggere le relazioni, le comunicazioni e le discussioni nella loro integrità.

Leroy ha parlato sulla fisica delle onde corte; Pugno Vanoni sugli apparecchi terapeutici e onde corte a valvole e a spinterogeni; Bergami sull'azione biologica delle onde corte; Schliephake sull'azione specifica delle onde corte; Auclair sull'elettropiressia; Cignolini sull'azione delle onde corte sul sistema nervoso vegetativo; Liebesny sui fondamenti e sui risultati terapeutici delle irradiazioni atermiche delle onde corte; Izar sulla marconiterapia in medicina interna; Delherm e Fischgold sulla lunghezza d'onda e specificità delle onde corte; Delherm e Fainsilber sulle onde corte per applicazioni intracavitarie; Calchi-Novati su di alcuni risultati ottenuti con la terapia ad onde corte. E. MILANI.

Nuova importante Monografia della Collezione del " Policlinico ,, :

(N. 52) Prof. MICHELE BUFANO

Aiuto nella Clinica Medica della R. Univ. di Genova

Su la Patologia e la Clinica delle splenomegalie cosidette primitive.

(con Prefazione del **Prof. D. Cesa-Bianchi,** direttore dell'Istituto di Patologia Medica della R. Università di Milano).

Ne riportiamo l'Indice:

Cap. I. **Lo stato attuale delle conoscenze sulla splenomegalia.** 1) *Le classificazioni.* 2) *Il morbo di Banti.* 3) *Cirrosi atrofiche o ipertrofiche splenomegaliche.* 4) *Epatite di Hanot.* 5) *Splenomegalie da anemie emolitiche.* 6) *La splenomegalia tromboflebitica.* 7) *La splenomegalia primitiva a focolai sclerosiderotici.* — APPENDICE. *Splenomegalia primitiva follicolo-iperplastica.* — Cap. II. **Casuistica personale.** 1) *Anemie emolitiche splenomegaliche costituzionali.* 2) *Cirrosi epato-splenomegaliche.* — Cap. III. **Considerazioni sulla casuistica personale e critica delle dottrine dominanti sulle splenomegalie primitive.** — Cap. IV. **I nuovi orientamenti della patologia nelle splenomegalie.** — **Bibliografia.**

Volume di pagg. 198, con 39 figure nel testo. Prezzo L. **30,** più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al « Policlinico », sole L. **25,50** franco di porto in Italia. Per l'Estero L. **28.**

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Ore 9, 24 ottobre 1935.

Presidenza: prof. C. Frugoni.

(*Continuazione; v. num. preced.*).

Sistemazione clinica e diagnosi degli itteri.

Parte I. — La diagnosi degli itteri.

Sen. prof. Ferdinando Micheli (Torino), Relatore.

L'ittero, e cioè la colorazione gialla diffusa più o meno intensa e a varia tonalità della cute e di alcune mucose visibili, dovuta ad accumulo in circolo e nella pelle e in alcune mucose di corpi pigmentari della serie pirrolica, è un sintomo. Un sintomo anzichè una sindrome, perchè anche là dove alla colorazione gialla altri sintomi si aggiungono — prurito, bradicardia, manifestazioni emorragiche — un tempo messi in rapporto con l'accumulo di alcuni costituenti della bile (sali biliari), oggi noi sappiamo che una cosiffatta interpretazione della sindrome in questione non è più generalmente accettata. Un sintomo, adunque, di cui bisogna stabilire in ogni caso il fondamento fisio-patologico e per quanto è possibile etiologico, che costituiscono l'indispensabile premessa del giudizio pronostico e della condotta terapeutica.

Il compito diagnostico del medico è nella maggioranza dei casi senza difficoltà, così da poter essere risolto sulla base di un accurato esame clinico, integrato da qualche semplice ricerca di laboratorio.

Si consiglia in ogni caso in cui la diagnosi nosografica dell'ittero non appaia senz'altro ovvia, di procedere al preliminare inquadramento dell'ittero nell'uno o nell'altro dei 3 grandi gruppi in cui da Minkowski in poi sono ripartite le varie forme di ittero su base fisiopatologica: ittero meccanico, ittero epatogeno, ittero emolitico (meglio preepatico).

A questi 3 grandi gruppi, va opportunamente aggiunto, per ragioni d'ordine clinico, un quarto gruppo: quello epato-colangitico.

L'inquadramento degli itteri in questi 4 gruppi, oggi relativamente facile con i nostri mezzi diagnostici e la cui relativa difficoltà deriva soltanto dalla non rara coesistenza nello stesso caso di momenti patogenetici diversi, per quanto per solito di diversa importanza, costituisce dunque il primo passo sulla via della diagnosi.

Il secondo passo definitivo, che è rappresentato dallo smistamento dei singoli casi di un dato gruppo nelle varie caselle nosografiche, è reso tanto più semplice quanto più completo è l'esame dell'ammalato, quanto più larghe sono le conoscenze clinico-patologiche del medico e quanto più acuta ed equilibrata è la sua mentalità diagnostica.

Ittero meccanico. — È la forma più elementare di ittero e anche la meglio definita: essa riconosce come elemento patogenetico lo impedimento al deflusso della bile, ormai completamente elaborata dal fegato, sia l'ostacolo rappresentato dall'occlusione più o meno totale del lume delle grandi vie biliari extraepatiche o dalla loro più o meno completa ostruzione ad opera di momenti compressivi estrinseci della più svariata natura e della più varia sede od infine a quanto pare, da stati distonici (spasmi) degli apparati muscolari contrattili disposti fisiologicamente a regolare il deflusso della bile nel duodeno. Il meccanismo patogenetico dell'i. m. è illustrato dal correlatore, il quale ha messo in luce come nella sua patogenesi, legata essenzialmente alla stasi biliare che si trasmette sino ai piccoli dotti biliari intraepatici e ai canalicoli intercellulari (capillari biliari), concorrono necessariamente anche lesioni riferibili agli elementi parenchimali del fegato.

La sintomatologia generale deriva dalla sede dell'ostruzione e da due ordini fondamentali di fenomeni:

a) dalla stasi biliare che si determina a monte dell'ostacolo;

b) dall'arresto o dalla diminuzione del flusso biliare nell'intestino.

Sintomi da stasi biliare:

— aumento regolare uniforme del volume del fegato;

— ittero più o meno intenso a R. D. P. con colalemia, frequente colesterinemia e sintomi clinici, impropriamente detti colemici (prurito, ecc.);

— nelle orine eliminazione del pigmento biliare (coluria) in stretto parallelismo con la bilirubinemia; colaluria; presenza di urobilina se l'ostruzione non è totale, praticamente assenza se completa;

— fenomeni col tempo di sofferenza epatica e renale.

Sintomi d'arresto del flusso biliare nell'intestino:

— acolia totale o parziale delle feci;

— assenza o diminuzione del pigmento biliare e dei sali biliari nella bile A;

— alterata digestione e assimilazione dei grassi da insufficienza biliare e conseguente steatorrea sotto forma essenzialmente di acidi grassi e di saponi;

— gravi alterazioni della digestione e dell'assimilazione della carne (creatorrea) e dei grassi (steatorrea) con prevalenza del grasso neutro e degli acidi grassi quando all'insufficienza biliare si associa l'insufficienza pancreatica esterna;

— torpore della peristaltica e del tono intestinale.

Le complicazioni sono rappresentate dall'infezione delle vie biliari, per lo più ascendente (colangite settica), che, senza essere esclusiva dell'ostruzione calcolosa incompleta o intermittente (a valvola), come pensa Brugsch, si osserva più di frequente in questa condizione morbosa; dal rendersi sempre più gravi e diffuse per effetto della stasi biliare delle alterazioni degli elementi parenchimali, eventualmente aggravate da complicazioni infettive; dalla comparsa di fenomeni d'insufficienza epatica, che può arrivare al coma. Fra gli esiti sono da ricordare la cirrosi colostatica (Rössle) e più spesso le cirrosi o epatiti biliari, in cui è in giuoco l'azione simultanea della stasi biliare e dell'infezione colangitica, sul tipo di quelle illustrate recentemente da Melli.

La sintomatologia dell'i. m. ha note cliniche alquanto diverse a seconda della sede e della natura degli svariati e numerosi fattori che sono all'origine dell'ostruzione biliare.

Dalla diagnosi generica di i. m. non è quindi difficile il più delle volte risalire alla diagnosi speciale, al riconoscimento cioè delle affezioni e dei processi che sono in atto nei singoli casi, considerando le varie forme di ittero in rapporto alle loro sedi principali.

1) *Nell'interno del fegato* per compressione di numerosi rami intraepatici dell'apparato escretore della bile (grossi tumori primitivi o secondari del fegato, grosse cisti, vaste sacche ascessuali).

2) *Alla porta epatis*, ove svariati sono i possibili momenti di ostruzione (tumori primitivi del dotto epatico o dei suoi rami), e, più spesso, di compressione (tumori primitivi o secondari sviluppati verso l'ilo, epatite sclero-gommosa, adenopatia dell'ilo di vario genere, aneurisma dell'arteria epatica, ecc.).

In questa sede l'ittero offre tutti i caratteri dell'ittero ostruttivo senza tumefazione della cistifellea.

La sede dell'ittero può essere denunciata a un dato momento dalla compressione o trombosi della porta o dei suoi rami con le sue conseguenze. Il riconoscimento della malattia fondamentale è indispensabile all'accertamento dell'ittero.

3) *Zona coledoco-pancreatica.* Cause più comuni di ittero: sviluppo di un tumore lungo il tragitto del coledoco dalla papilla di Vater al confluente o nella testa del pancreas; incuneamento di un calcolo nel coledoco stesso; presenza di briglie o di aderenze capaci di determinare lo stiramento o l'inflessione del dotto e, più di rado, la compressione del coledoco sostenuta da una pancreatite cronica. In questa sede, la pressione colostatica si fa sentire anche sulla colecisti, che risulta clinicamente e radiograficamente ingrossata, ove le sue condizioni anatomiche lo permettano (libera la via del cistico, pareti della cistifellea non ispessite e retratte come succede di solito nella colelitiasi).

Il riscontro, accanto all'insufficienza biliare, di una grave insufficienza pancreatica, distingue gli itteri meccanici della zona coledoco-pancreatica in 2 gruppi: quello in cui l'ostacolo investe la porzione inferiore del coledoco e quello in cui l'ostacolo giuoca più in alto, al di sopra dello sbocco dei dotti, principale e secondario, del pancreas nel coledoco.

Al primo gruppo appartengono gli itteri:

— da tumore primitivo della papilla di Vater;

— da tumori o da calcoli dell'estremo inferiore del coledoco, compresa l'ampolla;

— da cancro della testa del pancreas;

— da pancreatite cronica cefalica, ecc.;

Al secondo gruppo gli itteri:

— da tumori o da calcoli della porzione alta del coledoco;

— da compressione per condizioni varie [tumefazioni linfoghiandolari di varia natura, anche semplicemente infiammatoria (Valdoni), processi infiammatori cronici, ecc.] a sede nel legamento epatoduodenale o nelle vicinanze.

Delle principali forme di ittero si tracciano i caratteri fondamentali e i criteri della diagnosi differenziale.

Nell'ambito dell'i. m. da occlusione più o meno parziale del coledoco sono considerate anche altre forme:

— ittero da coledocite secondaria a gastro-duodenite;

— da « angina delle tonsille del coledoco » (H. Eppinger);

— l'ittero emotivo o riflesso da spasmo dello sfintere di Oddi;

— da penetrazione nelle vie biliari di parassiti (ascaridi, distomi, rottura di cisti da echinococco nelle bie biliari).

Ittero epato-cellulare. — Questo tipo di ittero (ittero epato-cellulare, ittero epatogeno, ittero da epatite o da epatosi, ecc.) è quello più di recente individuato e il più frequente, comprendendo esso tutte quelle forme il cui fondamento patogenetico è rappresentato, assai più che da un semplice disturbo funzionale (parapedesi, paracolia) — concetto questo ormai sorpassato dalle recenti indagini istopatologiche —, da vere e proprie alterazioni di vario grado ed aspetto dell'elemento cellulare del fegato.

Se queste lesioni, che arrivano fino alla necrosi cellulare più o meno disseminata o diffusa, costituiscono il momento patogenetico essenziale della particolare sindrome di questo ittero, le ricerche istopatologiche di Rössle, largamente confermate, hanno dimostrato che queste lesioni sono coordinate e in parte dipendenti da fenomeni infiammatori di un particolare tipo, svolgentisi principalmente nel mesenchima intralobulare specifico (cellule di Kupffer e fibre a graticcio), costituiti essenzialmente da un edema tossico-infiammatorio degli spazi linfatici pericapillari, di un edema cioè situato fra le travate cellulari e le pareti dei capillari sanguigni, che sono staccati dalle cellule e compressi dall'edema fino alla completa ischemia, con effetto di necrosi cellulari, per cui vengono a stabilirsi abnormi rapporti tra capillari sanguigni e biliari, onde l'ittero.

È il quadro dell'« epatite sierosa » sperimentalmente riprodotta da H. Eppinger anche con veleni chimici (istamina, combinazione di allile), quadro che costituisce oggi il fondamento anatomo-patologico delle varie forme di ittero epatogeno, sotto l'influenza di fattori etiologici svariati e diversi, in parte, pur troppo, tuttora sconosciuti, i quali esplicano la loro azione sia su fegati indenni, ma con ogni verosimiglianza costituzionalmente predisposti, sia su fegati in cui la disposizione è condizionale, rappresentata cioè dalla gravidanza, dalla lue, dall'alcoolismo, dalla denutrizione, da vere e proprie lesioni di varia natura (epatiti croniche, colecistiti, ecc.).

Diagnosi generale. — Si fonda sull'opportuno rilievo di questi sintomi:

— insorgenza dell'ittero più o meno rapida, dopo un periodo prodromico preitterico di varia durata, con tonalità, nelle forme più gravi ed acute, rubinica (Brugsch);

— se la malattia ha colpito un fegato indenne, aumento moderato dell'organo, di consistenza normale o leggermente diminuita, dolente *in toto* alla pressione, spesso accompagnato da tumore di milza;

— bilirubinemia a R. D. R. o a R. D. D., di varia entità, i cui elevati valori non permangono di regola più di alcuni giorni;

— colalemia, che può diminuire in seguito;

— coluria e colaluria di vario grado e, abitualmente, intensa urobilinuria;

— acolia quasi sempre incompleta delle feci e sopratutto non durevole o ipocolia;

— nel liquido A più o meno manifesta dimi-

nuzione di pigmento biliare, in periodo di stato, e aumento dell'albumina;

— nel sangue diminuita o aumentata velocità di sedimentazione dei globuli rossi; nelle forme più gravi azotemia, aminoacidemia, aumento dell'azoto dei polipeptidi, ecc.;

— abitualmente esito positivo (formazione di una chiazza azzurra) della prova di Brugsch (intradermoreazione con poche gocce di soluzione di ferricianuro di potassio all'1 %);

— esito di solito positivo delle prove di esplorazione funzionale del fegato [galattosuria e galattosemia da carico (Moracchini e Cossu), curva aminoacidemica da carico secondo Bufano, chetonemia provocata (Dominici e Oliva), diminuzione degli esteri colesterinici, ecc.].

DIAGNOSI SPECIALE. — La molteplicità delle forme di epatite con prevalenza di alterazioni epato-cellulari è facilmente comprensibile quando si pensi alla complessità e molteplicità delle sue funzioni e alla sua posizione anatomica, ond'è esposto alle più svariate offese da tre vie, dal sistema portale, dall'arteria epatica e dai dotti biliari che sboccano nell'intestino.

Basterà ricordare le numerose forme di ittero che possono ascriversi a questo gruppo per facilitare la diagnosi speciale, non troppo ardua, attraverso, oltre che all'esame clinico funzionale, all'anamnesi raccolta con diligenza e all'accertamento, là dove è possibile, dei momenti etiologici.

Sono elencate e in parte illustrate le principali forme di ittero che fanno parte di alcuni gruppi.

Itteri epatotossici da veleni o medicamenti: fosforo, cloroformio, arsenobenzoli o altri preparati arsenicali, atophan, estratto di felce maschio, tetracloroetano, trinitrotoluolo, funghi velenosi, piombo, ecc. In alcune di queste forme, nella genesi dell'ittero, c'è una componente emotossica o emolitica accanto all'azione prevalente epatotossica.

Alcuni di questi itteri hanno molta importanza nel campo della medicina professionale; altri interessano la terapia, come quelli da atophan, il cui meccanismo è assai discusso come quello del resto degli itteri precoci bene illustrati da Cesa-Bianchi e tardivi, che si stabiliscono, per lo più con le apparenze dell'ittero catarrale, in corso o vario tempo dopo il trattamento, sopratutto arsenobenzolico, della sifilide.

Itteri infettivi primari, che comprendono:

— l'ittero catarrale;

— la febbre gialla;

— l'ittero da *spirochaeta ictero-haemorragica* (morbo di Weil).

L'ittero catarrale, che è il paradigma degli itteri epatocellulari, dopo le prime constatazioni istopatologiche di Eppinger, Nordmann, Aschoff, ecc., appartiene al gruppo degli itteri infettivi (se anche il suo quadro morboso può essere riprodotto da veleni di natura chimica sviluppatisi negli alimenti per azione batterica, come sostiene Eppinger), e per alcuni elementi del quadro morboso (tumor di milza, febbre per lo più lieve, spesso non avvertita, nel periodo preitterico) e per l'assoluta identità di sintomi e di evoluzione dell'ittero catarrale sporadico ed epidermico.

Il concetto morboso e il nome di ittero catarrale, malgrado l'erroneità della denominazione e la variabilissima estensione assegnata ai suoi limiti nell'ignoranza del suo fattore etiologico, che ha portato non poca confusione nel suo campo, rimangono intatti ad esprimere un quadro morboso, che è assai ben definito nei suoi vari elementi sintomatici e nel suo decorso, col suo periodo prodromico preitterico di 1-3 giorni, dominato da improvvise turbe dispeptiche (perdita dell'appetito, nausea, conati di vomito, senso di pressione epigastrica), con il suo periodo itterico offrente netti i caratteri dell'ittero epatocellulare, con il suo lieve tumor di milza di solito tardivo, con l'esito abitualmente positivo delle prove funzionali del fegato, con le modificazioni ematologiche descritte da Eppinger come espressione dell'epatite sierosa (aumento dei globuli rossi, da diminuzione del plasma senza aumento delle proteine), con la sua caratteristica quasi costante evoluzione verso la guarigione nello spazio di 3-4 settimane, preannunciata dalla più o meno rapida scomparsa dell'ittero, con persistenza assai significativa di un'intensa urobilinuria e con altri elementi su cui non posso insistere.

Quadro e decorso che attestano adunque l'unità anche etiologica dell'i. c., da virus finora sconosciuto, nel senso sostenuto da Aschoff, da Lepehne, ecc. e da me preferito, o, quanto meno, l'unità anatomo-patologica, il cui fondamento è rappresentato (Rössle, G. Albot, Eppinger, ecc.) da un'epatite sierosa con predominio di diffuse se non gravi alterazioni del parenchima cellulare, eventualmente sostenute da fattori etiologici diversi.

L'ittero spirochetico (m. di Weil), bene conosciuto ormai nei suoi elementi etiologici (*spirochaeta icterohaemorragica* di Inada e Ido), ben studiati fra i primi in Italia da Moreschi e Cesa-Bianchi, ed epidemiologici, nel suo caratteristico quadro clinico, che è la risultante della setticemia spirochetica (febbre più o meno elevata nel primo periodo preitterico, con breve ripresa tardiva, non costante), con localizzazioni muscolari (tipici dolori muscolari, specie ai polpacci), epatiche (ittero a R. R. D., senza gravi alterazioni delle funzioni del fegato) e renali (nefrite interstiziale, albuminuria, ematuria, ecc.), nelle sue fini alterazioni istopatologiche (Oka, Ohno, ecc.), nei suoi esiti, generalmente assai più gravi in Giappone che in Europa, ove l'ittero si è presentato in forma epidemica durante l'ultima grande guerra, specie fra le truppe e nelle retrovie, l'ittero spirochetico, dicevo, si osserva anche oggi in Italia con varia frequenza da regione a regione sotto forma di casi sporadici o a piccoli gruppi.

La diagnosi deriva dai dati anamnestici (morsicatura di topi o di ratti, bagni in acque inquinate, rilievo di altri casi consimili), oltre che da quelli clinici, e può essere accertata dall'inoculazione nel peritoneo di cavia di 1-2 cmc. di sangue durante il periodo febbrile (la cavia diventa itterica) o, se è il malato già in periodo itterico, dall'inoculazione in cavia del sedimento orinario raccolto nella seconda settimana di malattia o dalla agglutinazione di culture di spirochete col siero di sangue di convalescente.

Si tenga conto per altro che il quadro dell'ittero spirochetico può assumere gli aspetti più differenti, da quello di un banale e lieve ittero catarrale, senza manifestazioni emorragiche, senza albuminuria, con ittero appena accennato e perfino assente (come col prof. Satta ho visto durante la guerra in casi accertati a mezzo della prova del potere battericida del sangue di convalescenti sulle spirochete del fegato di cavia sperimentalmente infettata), alle più gravi forme sotto l'aspetto clinico e anatomo-patologico di atrofia acuta del fegato.

Itteri infettivi sintomatici, che sono l'espressione del risentimento del fegato, anche qui a tipo prevalente di epatite sierosa (Rössle) nel corso di svariate malattie infettive (tifo, paratifi, sifilide, malaria, scarlattina, risipola, sepsi di varia origine, raramente febbre ondolante, tubercolosi ecc.), nelle quali, a differenza delle forme definite come itteri infettivi primari, l'ittero non è un elemento quasi obbligato del quadro morboso, ma rappresenta puramente una complicazione più o meno rara quando non si tratti, com'è probabile, in corso di sifilide (Lepehne) o di tubercolosi (Marin e Del Piero), della sovrapposizione dell'infezione ittero-catarrale sul terreno luetico o tubercolare.

In alcune di queste forme una componente emolitica si associa (pneumonite, malaria, ecc.) e talora predomina (nella pneumonite, secondo Preti) all'alterazione parenchimatosa del fegato.

Ittero grave (atrofia giallo-acuta o subacuta del fegato). Questa denominazione si riferisce a una sindrome clinica e anatomo-patologica, che in confronto di altre forme di epatite degenerativa finora considerate presenta differenze essenzialmente di grado; una sindrome probabilmente eterogenea anche sotto l'aspetto etiologico, anche se il concetto di ittero grave o di atrofia subacuta o acuta del fegato, che dire si voglia, limitiamo alle forme cosiddette primitive, che non rappresentano cioè una modalità di evoluzione particolarmente severa di altre forme di epatite itterigena.

È noto difatti che alcune forme di ittero epatogeno, di origine tossica (fosforo, cloroformio, tetracloroetano, ecc.) o tossico-infettiva ad andamento ed a decorso generalmente benigno, quali l'ittero catarrale, l'ittero luetico, l'ittero spirochetico, ecc. possono sboccare nell'ittero grave, nell'atrofia acuta del fegato.

Anche nelle forme primitive del resto, concorrono abitualmente condizioni individuali di speciale vulnerabilità del fegato, congenite o acquisite, già ricordate.

La più o meno diffusa e profonda necrosi autolitica delle cellule, accanto a lesioni di tipo infiammatorio del mesenchima che sono in secondo piano, ne rappresenta il substrato anatomo-patologico. Il profondo abbattimento, il progressivo disordinarsi della coscienza, l'irrequietezza motoria, il vomito, che si stabiliscono più o meno rapidamente dopo l'insorgenza di un ittero dall'apparenza dell'i. c., i fenomeni di diatesi emorragica, il fegato che alquanto aumentato e dolente a principio tende a ridursi per quanto non costantemente in seguito al riassorbimento dei prodotti di desintegrazione delle cellule epatiche, le gravi alterazioni della crasi del sangue (aumento del N incoagulabile, degli aminoacidi, dei polipeptidi, diminuzione della riserva alcalina, ecc.), l'intensa aminoaciduria in genere e in specie la tirosinuria (metodo di Lichtman), il *foetor hepaticus* costituiscono gli elementi principali della sindrome e della diagnosi.

Esito: la morte o, in forme meno gravi e subacute, la guarigione clinica spontanea o determinata, meglio forse favorita, dal sondaggio chirurgico del dotto epatico, come è avvenuto in alcuni casi della letteratura recente definiti come ittero grave o itterico epatico maligno (cfr. Ciminata, Uffreduzzi).

Itteri episodici delle epatiti croniche. All'ittero latente che spesso accompagna le più varie forme di cirrosi del fegato, atrofiche o ipertrofiche, si aggiunge non di rado nel corso della loro lenta evoluzione, sotto l'influenza di infezioni intercorrenti (L. Hess), ma anche, secondo la nostra esperienza, all'infuori di fattori esogeni apprezzabili, degli episodi di ittero manifesto, con bilirubinemia di solito non molto elevata, ipocolia, lieve o nulla coluria, che più spesso risolvono per riapparire eventualmente altre volte.

Possono osservarsi in periodo preascitico, precedere il timpanismo e l'ascite o in periodo ascitico o rappresentare altre volte il preludio dell'insufficienza epatica o, più raramente, evolvere verso l'atrofia acuta del fegato. I caratteri del fegato, duro a margine tagliente, il tumore di milza, la reazione di Takata positiva permettono di riconoscerli anche quand'appaiono in periodo preascitico di cirrosi epatiche latenti.

Ritenuti un tempo di origine emolitica o più spesso angiocolitica (Naunyn, Umber) la nostra Clinica (Micheli, Pietra, Dominici e Oliva, Allodi), infirmando l'origine emolitica, ha sostenuto il concetto dell'origine epatogena, oggi largamente accettato e confermato da ricerche anatomo-patologiche (cfr. L. Hess).

Ittero epatocolangitico. — Questo gruppo di itteri, senza dubbio assai meno bene determinato dal precedente e sulla cui reale consistenza è viva la discussione fra gli anatomo-patologici (sopratutto Rössle, Aschoff, ecc.) e da noi mantenuto per ragioni sopratutto di ordine clinico, comprende le forme itteriche il cui substrato anatomo-clinico-funzionale poggia ad un tempo sulle lesioni delle vie biliari intraepatiche (con maggiore o minor partecipazione delle vie extraepatiche e della colecisti) e su quelle simultanee del parenchima.

Lasciando da parte la questione, che sotto l'aspetto diagnostico ha un'importanza secondaria, se preceda la lesione del parenchima o quella delle fini vie biliari (colangiolite) e se l'infezione di queste ultime avvenga per via discendente ematogena o per via ascendente, nel senso di Naunyn e di Umber, quello che interessa è questo, che in pratica la forma di ittero in questione corrisponde senza dubbio a casi abbastanza frequenti, che non è facile inquadrare nel gruppo precedente per la manifesta partecipazione al processo delle vie biliari e perchè si tratta di forme che, se in una parte dei casi possono apparire come primitive, più spesso seguono a malattie infettive generali o, con particolare frequenza, accompagnano o seguono stati patologici delle vie biliari e in specie le colecistiti calcolose o meno. Nei riguardi della sintomatologia generale l'ittero ha caratteri fondamentalmente corrispondenti a quelli dell'ittero epatogeno: il fegato leggermente aumentato di volume e di consistenza (ma che nei casi protratti tende a diventare più consistente), sensibile e anche doloroso alla pressione; dolente alla pressione anche la colecisti; frequenti i dolori spontanei della regione epatica; abituale la febbre ora poco elevata, ora a tipo settico; nella bile A prelevata col sondaggio duodenale bile torbida con sedimento di globuli bianchi e di piccoli elementi delle fini vie biliari (Allodi); nel sangue linfocitosi neutrofila non costante, sedimentazione dei globuli rossi accelerata, variabile a seconda dei casi il comportamento del riflesso di Meltzer-Lyon e quello della colecisti di fronte alla tetraiodofenolftaleina; prove funzionali variamente positive, mentre nei casi

che durano da qualche tempo non manca quasi mai qualche segno di *deficit* funzionale del fegato.

I germi più spesso in causa sono: il *bacterium coli*, l'enterococco, i bacilli del tifo, del paratifo, lo streptococco emolitico, il *viridans* (?).

Trattandosi di forme itteriche abitualmente secondarie, come dicemmo, le forme primitive o apparentemente primitive sono rare.

Appartengono verosimilmente qui, al quadro delle epatocolangiti infettive primitive, alcune forme di ittero infettivo, ad agente etiologicamente non ben conosciuto, che decorrono con febbre elevata, preceduta da brividi, di tipo intermittente o remittente, senza leucocitosi con neutrofilia di qualche entità, dolori epatici più o meno diffusi, discreta tumefazione del fegato, ittero di assai varia intensità, spesso modesto, ma talora anche spiccato con ipocolia, che Rosenthal mette in rapporto con processi di epatocolangite di piccoli rami biliari e dei capillari biliari; forme che hanno qualche punto di contatto, malgrado l'assenza dell'ittero, con i casi descritti da C. Bozzolo a cominciare dal 1902 sotto il nome di « fegato infettivo simulante l'ascesso » ed a cui M. Donati ha portato di recente un contributo casistico interessante e documentato anche dal lato istopatologico, la cui differenza in confronto delle forme itterigene deriva verosimilmente dalla partecipazione più o meno al processo di epatite infettiva con risentimento epatocellulare dei piccoli vasi biliari.

In entrambe le forme, itterigene e no, come la letteratura dimostra, può avvenire la guarigione spontanea o al seguito della semplice laparotomia esplorativa o della puntura del fegato o del drenaggio chirurgico delle vie biliari.

E fanno parte certamente delle epatocolangiti primitive le forme di colangite lenta, di infezioni cioè delle vie biliari croniche o croniche ricorrenti — che L. D'Amato nella sua lucida relazione definiva giustamente epatocolangiti lente — illustrate da Schottmüller, Eickoff, Umber, Loewenhardt ecc., sostenute per gli AA. citati dallo *streptococcus viridans* (od enterococco) o da germi sconosciuti (L. D'Antona), dalle quali, secondo Naunyn, Bittorf, Umber, G. Greppi possono derivare dei quadri di cirrosi o di epatiti croniche splenomegaliche con ittero (epatite splenomegalica infettiva di Greppi).

Di recente D'Antona, ha portato una chiara documentazione clinica ed istopatologica della epatocolangite lenta, dimostrando sulla base di due casi sovrapponibili che si trova appunto al centro del processo morboso una lesione del fegato e delle vie biliari, riassumentesi in una intensa pericolangite con cospicui infiltrati non limitati agli spazi periportali ma presenti anche in pieno parenchima — verosimile espressione di una colangite capillare —, a cui si associa una più o meno intensa partecipazione del parenchima epatico. Ma indubbiamente assai più frequanti sono le forme in cui il processo infettivo (*bacterium coli*, streptococco od altro germe finora non identificato) trae con ogni verosimiglianza origine da colecistiti infiammatorie, calcolose o no, ed in cui, come in numerosi casi della mia Clinica, alcuni dei quali descritti da R. Moracchini, la infezione non purulenta, a grandi vie biliari pervie, dei piccoli dotti biliari e la partecipazione epatocellulare sono attestate dal decorso subacuto-ricorrente, dall'ittero di solito lieve oscillante a R.D.R., con concentrazione delle biline nelle feci normale, a volte anzi sopranormale, per quanto, come è noto, l'intensità dell'ittero e l'ipocolia non siano esclusivi dell'i. m. e si osservino di frequente nell'ittero epatogeno, dall'intensa urobilinuria, dall'esito positivo delle prove funzionali. La guarigione anche qui può stabilirsi spontanea, ma è indubbiamente favorita dal sondaggio medico o chirurgico delle vie biliari, e, quando è possibile, dall'asportazione del focolaio di origine dell'infezione biliare.

Non è raro per altro, ed è largamente documentato anche dal lato istopatologico dalla letteratura recente e nella mia Clinica da R. Moracchini, l'esito più o meno tardivo, ma talora anche rapido di queste forme primitive o secondarie nella cirrosi o, forse più esattamente, nell'epatite cronica splenomegalica ed itterigena di origine epatocolangitica, che rappresenta una varietà distinta, per lo meno sotto l'aspetto clinico ed etiopatogenetico, delle sclerosi del fegato colostatico-colangitiche, pur essendo le due forme collegate da numerosi passaggi.

Queste forme di sclerosi epatica dev...o essere tenute distinte da quelle designate nella letteratura, sotto la influenza di H. Eppinger, come « cirrosi ipertrofica del fegato con ittero », in quanto si tratta di solito, anatomicamente, di cirrosi ipertrofiche tipo Laennec (Micheli) di origine varia, anche luetica (Micheli) ed in cui l'ittero non è o quanto meno non è fondamentalmente di origine emolitica (Micheli, Pietra, ecc.)

E vanno separate sotto l'aspetto clinico (diversità di decorso, prove funzionali del fegato positive, dolenzia costante anche nelle forme apparentemente primitive della colecisti, sintomi infiammatori nella bile A e B, ecc.) dalla cosidetta cirrosi di Hanot. La « malattia di Hanot » o meglio « la sindrome di Hanot » mantenuta negli stretti limiti clinici, biologici ed anatomici preconizzati da Krez, Fabris, Micheli, ecc. è considerata oggi generalmente sulla base di nuove osservazioni cliniche ed anatomopatologiche, a partire da quella classica di Fabris (Satta, Marin, Fiessinger e Thiebot, Condorelli, Reitano, May, Albot, Chyrai, Chievai, Albot e Molinsky, ecc.), una entità autonoma.

Entità clinica (epatosplenomegalia cronica febbrile con ittero), biologica (prove funzionali del fegato negative), anatomica (epatite diffusa cronica con netta prevalenza mesenchimale caratterizzata da una proliferazione infiammatoria dello stroma reticolare e mesenchimale, nell'interlobo, dentro il lobulo, tra cellula e cellula epatica (Reitano), assenza di lesioni angiocolitiche o comunque di alterazioni delle vie biliari capaci di colostasi, assenza od esiguità delle lesioni degenerative delle cellule epatiche).

La genesi dell'ittero è oscura. L. Fiessinger tende a ricondurlo alla dissociazione delle cellule epatiche da parte della proliferazione delle fibre a graticcio (ittero epatogeno dunque). Sotto l'aspetto etiologico, il reperto nel fegato di cumuli di linfociti e plasmacellule ricordanti le gomme miliari (Fabris, Reitano), la coesistenza nel caso di Fabris di una gomma nel polmone, la dimostrazione clinico-sierologica della infezione sifilitica in altri casi (Condorelli, Luisada, quest'ultimo non tipico), la scomparsa completa dei fenomeni morbo-

si, l'ittero compreso, con notevolissima riduzione del fegato e della milza in un classico quadro di Hanot in una donna luetica, datante da oltre un anno, in seguito alla cura specifica (Micheli, caso inedito), tendono a valorizzare l'importanza della sifilide, che per altro non può ancora dirsi esclusiva, nella genesi della epatite di Hanot.

ITTERO PRE-EPATICO (EMOLITICO). — L'individualità degli itteri emolitici è ormai concordemente ammessa.

Il termine di ittero preepatico, adottato dal Correlatore prof. Dominici, trova la sua giustificazione nel fatto che l'accumularsi nell'organismo di pigmento di origine ematica, non deriva sempre da eccessiva distruzione di sangue, da apporto eccessivo cioè alle cellule del fegato di pigmento, ma qualche volta, come noi stessi abbiamo dimostrato, da insufficiente eliminazione da parte del fegato. I sintomi generali di questa forma di ittero che comprende forme numerose e sotto i più vari aspetti assai diverse, non sono molti: si riducono alla presenza nel sangue di un aumento più o meno cospicuo di bilirubina — l'ittero cutaneo potendo mancare — a reazione costantemente indiretta, R. I., se non sono in atto processi complicanti di angiocolite od altri fattori di ittero; alla assenza di pigmento biliare nelle urine (ittero acolurico) anche se la bilirubinemia è elevata, alla assenza di acolia od ipocolia fecale, che anzi la bilina, relativamente poco aumentata nelle urine, è più o meno fortemente poco aumentata nelle urine, è più o meno fortemente elevata nelle feci in caso di attività della forma morbosa; alla mancanza di bradicardia e di prurito e di note di *deficit* funzionale del parenchima epatico; alla presenza di una splenomegalia più o meno cospicua ed oscillante con le varie fasi del processo; alla concomitanza di sintomi più o meno manifesti di anemia e di aumentata rigenerazione del sangue.

Il riconoscimento delle varie forme delle varie entità morbose o varietà clinico-ematologiche, in cui si scompone il gruppo dell'ittero emolitico, è relativamente facile.

La diagnosi deriva senz'altro dalla conoscenza nosografica di queste varie forme o varietà di ittero emolitico primitivo. Può importare qualche maggiore difficoltà l'interpretazione della natura emolitica delle varie forme di ittero secondario o sintomatico.

Basterà elencarle.

Itteri emolitici primitivi.

1) ittero emolitico costituzionale tipo Minkowski-Chauffard;

2) ittero emolitico congenito descritto da Micheli Dominici, come varietà del primo;

3) ittero dei neonati;

4) forme itterogene di anemia perniciosa;

5) ittero-anemia ipocromica splenomegalica con elittocitosi e poichilocitosi (Micheli);

6) ittero-anemia emolit. con eritroblastosi tipo Cooley;

7) ittero-anemia con emoglobinuria-emosiderinuria (Marchiafava, Micheli);

8) ittero-anemia emolitica acuta tipo Lederer;

9) ittero con splenomegalia e poliglobulia vera, non sintomatica (sindrome di Mosse), ricondotta da Usseglio e Massobrio all'associazione di due forme morbose, la poliglobulia splenomegalica e l'ittero emolitico costituzionale;

10) ittero ematinico.

Itteri emolitici secondari.

Comprendono quegli stati morbosi in cui occasionalmente ma talora anche con notevole regolarità possono comparire fenomeni di iperemolisi con conseguente sindrome itterica emolitica.

In questi casi l'iperemolisi non costituisce già, come nelle forme precedenti, il fenomeno centrale primario, ma è solo un elemento del quadro morboso a cui si aggiunge per azione della *noxa* patologica fondamentale sul sistema reticolo endoteliale, che è stimolato a maggiore attività emodistruttiva. Si tratta in questi casi di condizioni morbose differenti, come l'anemia perniciosa, l'emoglobinuria parossistica, l'endocardite lenta, l'infezione melitense, la malaria, la pneumonite, il reumatismo articolare, ecc., stati morbosi cioè che non hanno in comune fra loro che l'aumentata distruzione di sangue per un'esaltata attività secondaria dell'apparato emodistruttore, ma senza alcuna nota di vera autonomia. Il loro riconoscimento deriva, oltre che dall'apprezzamento della natura emolitica dell'ittero e dell'anemia, dall'accertamento della malattia fondamentale.

PARTE II. — SISTEMAZIONE CLINICA DEGLI ITTERI.

Prof. G. DOMINICI, correlatore.

Premesse alcune nozioni intorno alle più moderne acquisizioni sull'anatomia del fegato ed in particolare sulla struttura del lobulo epatico (cellule epatiche, capillari biliari, capillari sanguigni) si descrive, seguendo in particolare Aschoff, la via biliare, la quale dal capillare biliare si continua nel precapillare, quindi nei dotti interlobulari, i quali via via confluendo e convergendo passano nei canali collettori, riunendosi nell'epatico e per ultimo, dopo aver dato origine al cistico, terminando col coledoco. In tre punti di questa via biliare si trovano delle formazioni ghiandolari: all'origine dell'epatico, nella cistifellea, all'estremo inferiore del coledoco; e, analogamente, in tre punti della via biliare si trovano delle particolari formazioni muscolari: nelle pareti della cistifellea, al collo del cistico e alla terminazione inferiore del coledoco. Sia le formazioni ghiandolari che quelle muscolari hanno significato funzionale determinato.

La bilirubina proviene dall'anello porfirico dell'emoglobina per rottura del ponte metinico x, e, come l'emoglobina, contiene 4 nuclei pirrolici non disposti però ad anello, ma in forma lineare; è stata dimostrata la possibilità della formazione di più corpi bilirubinoidi, molto vicini alla bilirubina, sia per via di degradazione dall'ematina, sia per via di sintesi da prodotti inferiori a soli 2 nuclei pirrolici.

Colla reazione di Gmelin si può seguire via via la scissione della molecola della bilirubina attraverso le varie fasi colorate fino a prodotti che non danno più reazione colorata e che corrispondono a semplici pirroli.

Dal mesobilirubinogeno ottenuto per via sintetica si è passati all'urobilina, identica a quella ottenibile dall'urobilinogeno eliminato dall'organismo.

Il metabolismo dei sali biliari non è ancora

perfettamente noto, come non è dimostrato che il nucleo colico provenga con certezza, come credono molti, dalla colesterina. Per la sistemazione degli itteri pochi dati può offrire lo studio dei sali biliari, qualcosa di più invece per la diagnosi. Questo vale pure per la colesterina e gli esteri suoi. Circa il comportamento del ricambio emoglobinico è nota la sua importanza per la sistemazione degli itteri.

Circa la sede di formazione del pigmento biliare non tutti i molteplici studi condotti in merito hanno significato e importanza corrispondente. Scarso risultato ad esempio è desumibile dalle ricerche di istologia sui fenomeni che si osservano al seguito di esperimenti di emolisi artificiale e sulla disposizione del pigmento e del ferro, ecc., e risultati analogamente scarsi e poco probativi sono possibili dalle ricerche condotte mediante il blocco del sistema reticolo endoteliale. Viceversa gli esperimenti di epatectomia e il rilievo di una biligenesi locale, unitamente all'osservazione di determinati quadri clinici, offrono importanti elementi per la questione della sede di formazione del pigmento biliare. Gli esperimenti di epatectomia, che già ai più vecchi osservatori avevano dato la prova che una certa quota della bilirubina poteva essere formata fuori del fegato, sono stati, da autori americani sopratutto, allestiti in modo che la biligenesi extraepatica appare dimostrata con assoluta chiarezza, nonostante le contrarie opinioni della Scuola di Breslavia e qualche, in realtà assai isolata, voce contraria, per cui è risultato che effettivamente senza fegato non solo continua la produzione del pigmento biliare ma si può arrivare all'instaurazione di un vero ittero.

In quanto alla biligenesi locale una quantità innumerevole di ricerche non solo la conferma, ma rende fondato il convincimento che per questa via possano prodursi quantitativi assai considerevoli di pigmento.

La ricerca clinica poi colla conferma della peculiarità dei vari tipi di reazione diazoica, i quali, come hanno dimostrato gli studi più recenti, anzichè in rapporto a condizioni ambientali, con ogni verosimiglianza devono invece essere riferiti a differenze fisico-chimiche dei corpi pigmentari bilirubinici che reagiscono, e ancora colla dimostrazione della stretta attinenza dei vari tipi della reazione diazoica coi determinati quadri anatomo-funzionali e colle molteplici evenienze clinico-biologiche, porta alla questione un contributo essenziale che, in virtù dei reperti sperimentali prima riferiti, e unitamente ad essi, acquista forza decisiva per la origine extraepatica (o meglio extraepatocellulare) del pigmento biliare, il quale, prodotto fuori dal fegato dal tessuto reticolo-istiocitario, e forse da tutti i tessuti, viene convogliato dalla corrente sanguigna al fegato che lo elabora ulteriormente a bilirubina perfetta, la quale viene alla fine eliminata per le vie biliari. Corrispondentemente a ciò, non vi ha dubbio che la separazione degli itteri in meccanici, in epatocellulari e in pre-epatici (o da ristagno preepatico) costituisce la distinzione fondamentale nei riguardi fisiopatologici perchè ha il suo riscontro nelle dette tappe del processo biligenetico-bilisecretivo e perchè in stretta attinenza col meccanismo patogenetico dell'ittero che risulta differente nelle singole forme.

Ma nei riguardi clinici gli studi più recenti inducono a sistemare gli itteri secondo i seguenti gruppi:

a) ittero meccanico;
b) ittero epatocellulare o parenchimatoso;
c) ittero epatocolangitico;
d) ittero preepatico o da ristagno preepatico.

L'ittero meccanico ha un'individualità sua anatomica, fisiopatologica e clinica e si realizza ogni qualvolta il flusso biliare verso l'intestino è impedito da ostacolo estrinseco o intrinseco delle vie biliari extraepatiche o, in casi rari, per opera di processi assai diffusi subito al di sopra della *porta hepatis*. In questa forma l'ittero è colemico e colalemico, colurico e colalurico, la bilirubina del sangue è a reazione diretta pronta o, assai più spesso, a reazione diretta ritardata o a reazione diretta difasica, per la frequentissima lesione delle cellule epatiche, che per altro non è clinicamente rilevabile, almeno per un certo tempo, mediante le abituali prove di esplorazione funzionale.

L'ittero epatocellulare e parenchimatoso è dovuto alla diretta lesione delle cellule epatiche: in esso l'ittero è pure colemico e colalemico, colurico e colalurico, la bilirubina del sangue è a reazione diretta ritardata o diretta difasica e il parenchima epatico denunzia la sua lesione colla positività più o meno marcata delle varie prove di esplorazione funzionale.

L'ittero epato-colangitico raccoglie le varie e numerose forme itteriche nelle quali la lesione del parenchima è associata ad una più o meno estesa alterazione delle vie biliari: sono itteri clinicamente assai frequenti, che accompagnano o seguono lesioni delle vie biliari (colecistiti, colangiti, colelitiasi, ecc.) o accompagnano o, più spesso seguono alterazioni primitivamente localizzate al parenchima e che sia per segni diretti che per reperti funzionali (esplorazione col sondino duodenale) meritano di formare un raggruppamento a parte. L'ittero è anche qui colemico e colalemico, colurico e colalurico, con bilirubina del sangue a reazione diretta ritardata o diretta difasica, e prove funzionali positive in varia misura a seconda del grado di compromissione del parenchima.

L'ittero preepatico o da ristagno preepatico è la forma in cui la causa diretta ed immediata dell'anomala colorazione è data dall'accumularsi nel sangue di bilirubina non ancora venuta a contatto colle cellule epatiche. L'ittero qui non è più colurico nè colalurico, ma semplicemente urobilinurico, con bilirubina del sangue a reazione indiretta (pronta o ritardata) e prove funzionali del fegato costantemente negative, appunto per essere il parenchima epatico indenne. Nella maggior parte dei casi di questa forma l'ittero riconosce come causa prima un'aumentata distruzione di sangue (onde l'aumento del ricambio emoglobinico), tuttavia alcune volte l'ittero si stabilisce e si mantiene anche all'infuori di un'emolisi eccessiva (in via assoluta o relativa) ma solo per una rallentata eliminazione del pigmento biliare, che perciò ristagna nel sangue e nei tessuti.

Tenendo presenti le note fondamentali dei vari gruppi di itteri, non deve essere difficile ordinare opportunamente le forme riscontrabili in pratica.

PARTE III. — LA SECREZIONE BILIARE PANCREATICA INTESTINALE NEGLI ITTERI.

Prof. A. ALLODI, correlatore.

Lo studio della funzione gastro-intestinale è di notevole importanza per la diagnosi e per la sistemazione delle affezioni che si accompagnano ad ittero in quanto frequentemente si constatano disturbi funzionali dell'apparato digerente nelle affezioni epato-biliari ed anche in quanto indagini accurate, particolarmente eseguite in questi ultimi anni, hanno dimostrato la possibilità di nessi patogenetici tra affezioni epatobiliari e quelle che colpiscono il sistema digerente.

Il R. prende in esame anzitutto il comportamento del chimismo gastrico e degli altri elementi che sono da tener presenti nello studio della funzione gastrica delle colecistopatie, degli itteri epatocellulari cronici, emolitici, angiocolitici, ecc. Dai dati raccolti dalla letteratura e da quelli rilevati in sue ricerche personali è portato a ritenere che nelle colecistopatie le variazioni del chimismo per lo più verso l'abbassamento dei valori dell'acidità, sono da considerare concomitanti od anche primitive cioè dovute a lesioni gastriche stabilitesi nel decorso o antecedenti l'insorgenza della sindrome morbosa e non già come riflesso o dovute a quei fattori che intrattengono la sintomatologia a carico della cistifellea. Nelle cirrosi alcooliche si nota di solito una gastrite ipergenetica che rapidamente passa nello stadio della gastrite regressiva. Nelle varie forme di ittero che accompagnano lesioni epatiche di natura luetica si osservano molteplici evenienze nei confronti del chimismo e dei dati relativi alla funzione gastrica la quale si dimostra spesso disturbata a causa però di alterazioni concomitanti dello stomaco.

Il chimismo gastrico mostra pure anomalie di vario tipo negli itteri da tumori del fegato e delle vie biliari. Negli itteri da occlusione del coledoco è abbastanza frequente, non però costante, un aumento dei valori del chimismo gastrico. Nell'ittero catarrale si osserva il quadro di una gastroduodenite acuta o subacuta. Negli itteri extraepatici si hanno scarse e non caratteristiche variazioni del chimismo gastrico; così di solito negli itteri da epatite e da angiocolite acuta.

Passando allo studio della funzione biliare il R. prende in esame i molteplici elementi che ci fornisce il metodo del sondaggio duodenale e cioè le caratteristiche fisiche, fisico-chimiche, microscopiche del succo duodenale e della bile ottenuta dopo provocazione del riflesso vescicolare. Rileva l'importanza ed il significato di detta prova per la diagnosi delle colecistopatie ed infine tratta dell'importanza del dosaggio dei vari costituenti della bile A, B e C, nelle varie forme di ittero e specialmente della mucino- ed albuminocolia, dell'urobilinocolia, della colesterinocolia, dei sali biliari come di altre sostanze (solfo, calcio, fosforo, potassio, ferro, ecc.).

Dalla rassegna dei dati relativi più importanti fin qui ottenuti ed anche di quelli personali si possono dedurre interessanti ed utili elementi per la diagnosi e sistemazione degli itteri.

I più importanti risultano i seguenti:

Negli itteri epatocellulari e specialmente in quelli a decorso cronico in cui esistono turbe funzionali del fegato si riscontra un'aumentata quantità di succo duodenale, di solito a elevato pH, per lo più anche di colorito più scuro che di norma o con tonalità rossastra cui corrisponde un aumentato tenore in bilirubina ed anche in urobilina come anche di altre sostanze (sali biliari, colesterina, fosforo, solfo, potassio, ecc.). Il riflesso vescicolare è per lo più in queste forme di ittero positivo e sia la bile A che quella B e C si presentano prive di quegli elementi che sono espressione di un processo infiammatorio a carico delle vie biliari.

Negli itteri da aumentata emolisi la bile A e spesso anche la B sono di solito pure ipercromiche, specie se l'esame è praticato in vicinanza di una crisi, abbondanti, ad alto contenuto in bilirubina.

Negli itteri da angiocolite e da angiocolecistite il succo duodenale e la bile B si presentano torbidi, è aumentata la mucinocolia; ed all'esame microscopico si rivela la presenza di numerosi leucociti e di elementi epiteliali sfaldati che possono avere importanza anche per la diagnosi di sede del processo infiammatorio. Il riflesso vescicolare ha qui un comportamento variabile. Nelle colelitiasi la bile A ha caratteri assai simili a quelli della bile degli itteri epatocellulari, nei riguardi dell'aumentato tenore in bilirubina, sali biliari, colesterina, ecc. È pure di solito aumentata di quantità. Il riflesso vescicolare è spesso negativo, ma può anche essere parziale o positivo. L'esame microscopico rivela nei casi di colecistite calcolosa con colecisti non esclusa la presenza di cristalli di colesterina e di bilirubina o di sabbia biliare. Questo reperto è assai importante per la diagnosi. Se però negativo non esclude la diagnosi stessa.

Nell'ittero catarrale alcuni elementi portano a confermare la natura epatocellulare dell'ittero, ma altri sono assai probativi a denunciare un precoce interessamento delle vie biliari intra- ed extra-epatiche.

Gli itteri da occlusione del coledoco sono abbastanza facilmente diagnosticabili tenendo conto dello scoloramento del succo duodenale a volte con mancanza del riflesso vescicolare e della diminuzione di tutti gli elementi costitutivi della bile. La presenza di sangue permette di sospettare un tumore a sede intestinale o del coledoco.

Le prove funzionali pancreatiche rivelano un disturbo di detta funzione in molti casi di itteri da epatite cronica, da tumori del fegato e da affezioni colecistiche o colecisto-biliari. Si tratta però per lo più di semplici meiopragie in rapporto a quei fattori che sono in causa nella genesi dell'ittero e soltanto in pochi casi si deve concludere in base alle prove funzionali stesse per una affezione organica del pancreas concomitante o primitiva. Nell'ittero catarrale è frequente il reperto di una insufficienza pancreatica vera, ascrivibile ad una pancreatite per lo più a decorso acuto concomitante od anche, secondo alcuni, primitiva. Le prove funzionali del pancreas sono utili poi a differenziare gli itteri da occlusione del coledoco, in quanto nel caso che denuncino una insufficienza dell'organo si deve maggiormente prospettare la diagnosi di tumore del pancreas o di una cefalopancreatite cronica, in qualche caso di una affezione del coledoco interessante i dotti e localizzata in basso.

L'esame coprologico permette di distinguere due categorie di itteri: quella degli itteri che si accompagnano a segni di insufficienza biliare to-

tale o parziale e che comprende gli itteri da occlusione in genere e alcune forme di altri itteri come quello catarrale, l'atrofia giallo acuta, ecc. in alcuni periodi del loro decorso; e quella degli itteri in cui si nota un normale od anche aumentato deflusso di bile nell'intestino e che si accompagnano anche a disturbi della funzione intestinale con diarree biliari spesso del tutto caratteristiche. Il dosaggio della bilina fecale permette di confermare la diagnosi e quello relativo a quello del dosaggio dei grassi di mettere in evidenza la presenza della cosidetta dispepsia saponacea o di un vero catarro del tenue conseguente alla dispepsia stessa.

Nelle forme di ittero che si accompagnano a processi infiammatori biliari od epatobiliari è frequente il reperto di segni infiammatori intestinali col quadro di una colite discinetica più o meno grave per lo più però semplice, mucosa. Essa può avere importanza patogenetica nei confronti delle sindromi biliari che sono all'origine dell'ittero.

(*Continua*). A. Pozzi.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

I° Congresso della Società Italiana di Chirurgia Riparatrice e Plastica.

Il 24 corrente, come ne demmo già notizia, fu inaugurato nella sede dei Congressi Medici e delle Mostre all'Archiginnasio di Bologna, il I Congresso Nazionale di Chirurgia riparatrice plastica ed estetica, con l'intervento del prof. Alessandri, ed alla presenza di parecchie autorità.

Il prof. Bellei reca il saluto della città di Bologna a nome del Commissario Prefettizio prof. Pascucci; il prof. Martinotti porta il saluto di S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale e del Rettore Magnifico on. prof. Chigi; egli mette in rilievo l'opera illuminata di eminenti chirurgi e di scienziati bolognesi specialisti in plastica. Il colonnello Simula porta il saluto del Ministero della Guerra e fa risaltare l'importanza che la chirurgia riparatrice plastica ha nel campo sociale in genere e in quello sanitario militare, specialmente in relazione all'organizzazione ed al funzionamento di speciali reparti apprestati all'uopo per l'Esercito; parlano inoltre il rappresentante della Direzione Generale della Sanità Pubblica e del presidente degli Ospedali Riuniti di Roma.

Il prof. Manna, presidente del Congresso e della Società Italiana di Chirurgia riparatrice e plastica, rivolge un fervido saluto anzitutto alla Medaglia d'Oro prof. Paolucci, della presidenza del Congresso, partito volontario per l'Africa Orientale, ringrazia le autorità presenti e legge le numerose adesioni pervenute alla presidenza del Congresso, tra le quali quella dell'on. prof. Perna, dell'on. Mazzetti, comandante la Legione Mutilati dell'Urbe, del luogotenente generale De Plato, direttore generale di Sanità della Milizia V. S. N., e quelli di numerosi chirurgi specialisti italiani e stranieri, tra cui il prof. Burian di Praga, il prof. Dartigues di Parigi, il prof. Coelst di Bruxelles, il prof. Bankoff, di Londra ed il dott. Grande di Napoli.

Sotto la presidenza del prof. Alessandri, il prof. Manna svolge la sua relazione su « l'origine e lo sviluppo della chirurgia plastica in Italia ». Dopo avere accennato che la culla della chirurgia plastica deve ricercarsi nelle Indie, parla di quanto si faceva presso i Romani, e specialmente dell'opera di Aulo Cornelio Celso da cui ha preso il nome il metodo della plastica per scorrimento. Ricordato il chirurgo Antillo e pochi altri di scarsa importanza dell'oscuro periodo del Medio-Evo, in cui la chirurgia plastica fu trascurata, parla dei fratelli Branca di Catania e dei Vianeo di Calabria i quali, quantunque empirici riportarono in onore la specialità, ed infine mette in rilievo l'opera del celebre Gaspare Tagliacozzi che la perfezionò e le dette veste scientifica. Seguì poi un periodo di avversione anche per opera di uomini eminenti, quali Vesalio, Falloppio e Pareo, che in buona o malafede, contribuirono al deperimento della chirurgia plastica. Solamente dopo due secoli e cioè al principio dell'800 avviene un risveglio per opera di chirurgi italiani e stranieri, risveglio che si è andato più accentuando in quest'ultimi 50 anni e specialmente in occasione dell'ultima grande guerra.

Il prof. Manna attentamente seguito nella sua chiara e brillante esposizione dai numerosi congressisti ha accennato infine all'importanza della chirurgia plastica nel campo sociale, assicurativo, e sanitario militare mettendo in evidenza quello che si fa presso le altre Nazioni e formulando infine voti che anche in Italia sorga presto uno o più istituti di questa specialità che ha ed avrà tante benemerenze dal lato umanitario. La chiusa dell'interessantissima comunicazione è salutata dagli applausi degli intervenuti che si congratulano con l'oratore.

Subito dopo il prof. Alessandri porta il saluto della Società Italiana di Chirurgia, accenna all'importanza della chirurgia riparatrice, branca della chirurgia generale, ed elogia il suo antico allievo prof. Manna per l'opera fattiva ed audace svolta con tanta disinteressata passione in Italia per il risveglio scientifico della specialità.

Dopo questa relazione segue lo svolgimento di parecchie comunicazioni interessantissime: il prof. H. Eckstein di Berlino parla sull'uso della paraffina nella correzione di alcuni difetti fisici; il dott. Gallassi di Bologna, riferisce su un suo metodo di plastica nasale; il dott. Schimka di Trieste, sui rapporti della chirurgia plastica colla medicina e colla chirurgia; il prof. Gamberini sulla ricostruzione totale della vagina.

Nel pomeriggio il prof. Manna ha illustrato una pellicola cinematografica inviata dal prof. Dartigues di Parigi, riguardante il suo metodo di mammectomia totale con trapianto libero dell'areola e del capezzolo; seguirono interessanti comunicazioni del prof. Galeazzi, Bankoff e Sicca, ed infine il prof. Claouè illustrò un suo film riguardante un metodo speciale di mammectomia.

Il Congresso, prima di chiudersi in sede amministrativa, approva il rendiconto finanziario presentato dal dott. Di Filippo di Roma, economo-cassiere della Società ed invia telegrammi di devozione e di omaggio a S. M. il Re, al Capo del Governo ed al Segretario del P. N. F.

Il Segretario: R. Galeazzi.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La dispepsia di origine anafilattica.

L'anafilassi digestiva è un fenomeno molto frequente, in cui intervengono due fattori, la sostanza sensibilizzante e le cause che favoriscono la sensibilizzazione. Fra le sostanze sensibilizzanti, sono anzitutto da menzionarsi gli alimenti: gli albuminoidi, specialmente di origine animale (volatili, selvaggina, maiale, pesci e specialmente i molluschi ed i crostacei, spesso le uova, il latte) ed anche, sebbene meno frequentemente di origine vegetale (pane per il glutine, patate, legumi, spesso il cioccolato, varî cereali, ecc.); anche il vino può scatenare dei fenomeni anafilattici. Un po' più rara è forse l'anafilassi da medicamenti, fra cui va menzionata specialmente quella da aspirina, da antipirina, ecc.

L'anafilassi digestiva si osserva particolarmente nei deficienti digestivi, soprattutto gli ipocloridrici e gli achilici. Fra le cause che la favoriscono, sono da ricordare le coliti croniche, l'insufficienza dei fermenti digestivi, con l'ipocloridria e l'achilia e l'insufficienza epatica.

Clinicamente, si possono avere effetti localizzati al tubo digerente od a distanza o, più spesso, entrambi. Fra gli ultimi vi sono: l'orticaria, l'edema di Quincke, gli eritemi, gli eczemi, i pruriti, la coriza spasmodica, l'asma, l'emicrania.

Per quanto riguarda le lesioni localizzate, facile è la diagnosi nelle forme acute: violenti dolori gastrici, vomiti, a cui seguono il pallore della faccia, la cianosi delle estremità, la tendenza alle sincopi. Caratteristica di questa forma è la brutalità di comparsa. I fenomeni si dileguano generalmente in poche ore, soltanto l'orticaria permane più a lungo.

Le forme croniche si manifestano con dispepsie gastriche (vomiti, spasmi qualificati come crampi), oppure intestinali (del tipo della colite benigna).

La diagnosi, per queste ultime forme, è talora difficile e può essere fatta con precisione mediante le prove cutanee.

Il trattamento, come osservano H. Surmont e R. Buttlaux (*Presse méd.*, 16 ott. 1935) può essere preventivo (per le forme croniche) e curativo (per quelle acute).

Il metodo preventivo utilizza le tecniche di anti-anafilassi o di desensibilizzazione, mediante la vaccinazione per bocca o per via cutanea, con risultati talora eccellenti, purchè si continui per 2-4 mesi. La desensibilizzazione può essere specifica, ma si usa da principio quella non specifica, mediante il peptone. specialmente il polipeptone (50 cg. un'ora prima dei pasti). Si tenta in seguito la desensibilizzazione mediante piccole dosi di antigene specifico, per os; se queste due prove sono inefficaci, si ricorre alla via cutanea, che però esige molte preparazioni biologiche.

Nelle forme acute, si useranno l'adrenalina, il cloruro di calcio (per os o per via parenterale), il bicarbonato di sodio, l'iposolfito di magnesio.

Si provvederà inoltre al trattamento delle cause favorenti (deficienza dei fermenti digestivi, irritazione del tratto gastro-intestinale, insufficienza epatica, ecc.). *fil.*

La nozione di periodicità nella diagnosi clinica delle ulceri.

M. J. Demole (*Rev. méd. Suisse Romande*, 25 sett. 1935) trova che mentre le emorragie ed i vomiti sono sintomi troppo tardivi per la diagnosi di ulcera dell'apparato digerente, i dolori orari non sono abbastanza caratteristici per poter essere considerati come patognomonici. Importante, invece, è la loro periodicità nell'anno. I caratteri essenziali di tale malattia sarebbero i seguenti:

1) Inizio e cessazione del periodo doloroso relativamente bruschi — in 2-3 giorni;

2) Ripetizione quotidiana del dolore durante tale periodo;

3) Durata del periodo 1 mese; raramente di meno (15 giorni) o molto di più (6 settimane), quando l'ulcera è ancora allo stato primitivo e non ancora complicata;

4) Intervallo libero generalmente più lungo che quello doloroso: 1-2 mesi al minimo, spesso 6-12 mesi, od anche parecchi anni.

Questa nozione è importante specialmente per il fatto di giudicare la guarigione dell'ulcera, nel senso che il criterio più valido è dato dal distanziamento dei periodi dolorosi.

fil.

Il regime nelle coliti fermentative e putrefattive.

La colite fermentativa è caratterizzata da una digestione difettosa o nulla delle cellulose dette digeribili e dell'amido, sicchè sono da proscrivere gli alimenti che contengono tali sostanze, mentre sono ben tollerate le proteine, che devono quindi formare la base del regime; i grassi sono mal tollerati se in abbondanza.

Fra gli alimenti proibiti sono da annoverarsi: il pane (nelle forme gravi, anche i biscotti), le farine, le paste alimentari, le banane, le patate, i fagioli, piselli, fave; le verdure si potranno tentare soltanto cotte e finamente passate; le frutta, in forma di succhi e di gelatine. Di grassi, si daranno piccole quantità di burro fresco.

Si daranno carni e pesci magri, preferibilmente arrosto od ai ferri. Latte scremato, formaggi cotti, uova molto fresche.

Ben tollerato è il riso, che deve costituire la base del regime; fra i vegetali, i fondi di

carciofo e le punte di asparagi; consigliata la gelatina di mirtilli per il suo potere astringente. Tollerato bene è lo zucchero. Come bevanda, soltanto l'acqua pura; un po' di caffè o, meglio, un infuso caldo dopo i pasti.

La colite putrefattiva è caratterizzata da una digestione difettosa o nulla delle sostanze albuminoidi, e dipende da deficienze gastriche, pancreatiche o biliari (l'esame coprologico metterà in rilievo quale è la deficienza in questione).

In tale malattia, J. Couturat (*Presse médicale*, 28 agosto 1935) consiglia la proibizione di qualsiasi carne conservata o frollita, dei pesci secchi o conservati, selvaggina, frattaglie.

Se predomina l'insufficienza gastrica, permettere il manzo, vitello, maiale, montone, volatili arrostiti od ai ferri, molto cotti e tagliati assai fini, in piccola quantità. Nell'insufficienza pancreatica, s'impone la soppressione della carne e delle uova, che sono invece permesse in piccola quantità nella forma gastrica.

Sempre indicato è il latte, specialmente se fermentato (jaùrt); così pure i formaggi freschi, le frutta e le verdure; in linea generale, anche il pane. Se domina l'insufficienza pancreatica, anche l'amido va dato in piccola quantità. I grassi sono tollerati nell'insufficienza gastrica pura; nelle forme biliari o pancreatica devono invece eliminarsi quasi del tutto dal regime. Nella prima, si consiglierà l'uso moderato del vino o della birra; nelle altre due il vino largamente tagliato con acqua.

fil.

La vitamina A nelle retto-coliti ulcerose.

La patogenesi delle retto-coliti ulcerose è tuttora oscura; sembra, ad ogni modo che accanto all'infezione abbia grande importanza il terreno individuale soprattutto nel senso di una carenza di vitamina « A » (costante coesistenza di cheratomalacia in tali malati).

Partendo da tale principio, J. Rachet e A. Busson (*Arch. mal. app. digestif et mal. nutrition*, luglio 1935) hanno trattato vari malati con retto-colite ulcerosa mediante il carotene, disciolto in olio di oliva disossigenato e somministrato per clistere, aggiungendo specialmente nelle prime applicazioni qualche goccia di laudano allo scopo di facilitare la permanenza del clistere.

Nel caso di forma acuta con secrezione siero-ematica abbondante, si fa un'ora prima un clistere evacuatore e detergente di decotto di malva. All'olio di oliva, in quantità di 100-200 cmc. si aggiungono 2-3 cmc. di carotene, ripetendo poi il clistere tutti i giorni.

In 5 malati, alcuni dei quali avevano forme ribelli che duravano da anni, gli AA. hanno ottenuto risultati confortanti: euforia, ripresa del peso, scomparsa dell'astenia, scariche intestinali ridotte da 12-16 ad 1-2 e ritornate ad essere costituite da pure sostanze fecali; regressione e scomparsa del pus, del tenesmo e dei premiti.

Tale medicazione, eventualmente anche sotto forma di suppositori, sembra utile anche in altri stati patologici della regione ano-rettale.

fil.

Diverticoli esofagei e struma.

Meyer-Wildisen (*Br. Beit, z. Klin. Chir.*, v. 161, p. 377, 1935) riporta due casi di diverticolo esofageo accompagnato da gozzo omolaterale. In entrambi i casi, previa gastrostomia alla Witzel, ha praticato in un tempo la strumectomia e l'asportazione del diverticolo, con successo.

L'A. pensa che questo modo di comportarsi debba preferirsi all'operazione in due tempi; e che la Witzel, mentre da una parte permette una nutrizione sufficiente di un soggetto che ha subito un intervento grave, dall'altra mette al riparo da complicazioni settiche, sottraendo la sutura esofagea al trauma degli alimenti. P. Stefanini.

FORMULARIO.

Nell'asma.

I casi allergici rispondono bene all'adrenalina ed all'efedrina. Nei casi bronchiali, si può prescrivere:

Citrato di caffeina
Fenacetina
Aspirina
Polv. del Dover, ana cg. 30.

M.f. polv. S. Una ogni ora sino alla fine dello spasmo.

Nell'avvelenamento da sublimato.

A. Korányi (*Klin. Wochens.*, 1935, n. 21) ha praticato tutti i giorni un salasso di 300 cmc. seguito da iniezione endovenosa di soluzione di Ringer (500 cmc.) e di soluzione ipertonica di sale. Nel caso da lui così trattato, in cui si avevano gravi fenomeni, si è avuta la retrocessione dei sintomi uremici e tossici, con abbondante diuresi e finalmente reperto normale di urina e guarigione. *fil.*

Disinfezione del rino-faringe nei portatori di meningococco.

Vincent e Bellot consigliano delle inalazioni con un cucchiaino da caffè della seguente miscela messo in mezzo litro di acqua bollente.

Jodio	g.	20
Guaiacol	»	2
Acido tinnico . . .	»	0.25
Alcool a 60° . . .	»	200

TECNICA

Ricerca della bilirubina nell'urina.

E. Godfried (*Ann. med. nav. e colon.*, settembre-ottobre 1935) descrive la seguente reazione semplice e sensibile.

Reazione di Harrison. — In una provetta, si mettono 10 cmc. di urina e la metà del suo volume di soluzione di cloruro di bario al 10 %: agitare bene e filtrare. Stendere il filtro e versarvi 1-2 gocce del Reattivo di Fouquet. In presenza di bilirubina, si ha colorazione verde o azzurra.

Il reattivo di Fouquet consta di: Acido tricloro-acetico g. 25; Acqua distillata g. 100; Soluzione di cloruro ferrico al 10 % cmc. 10.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

La funzione del muco gastrico.

Le ghiandole mucipare sono straordinariamente diffuse nello stomaco il che deve far pensare che il muco, che ha caratteristiche particolari e di cui la secrezione viene regolata da meccanismi vascolari e nervosi, debba avere una funzione importante.

Il muco, secondo quanto comunica J. M. Gonzalez Galvàn (*Medicina Ibera*, 21 sett. 1935) esercita di fatto una protezione della mucosa gastrica, nel senso biologico, chimico e meccanico.

Esso viene disciolto dalla secrezione alcalina delle ghiandole che si trovano nell'antro pilorico, sicchè non può più esercitare la sua azione protettiva, il che spiega il frequente insediarsi di erosioni in tale regione.

Da quanto è sopra esposto, ne possono derivare delle applicazioni terapeutiche, e l'A. consiglia come un buon antiacido l'ingestione giornaliera di 100 grammi di mucina, ben preparata, esente da impurezze ed unita ad una dieta blanda, con latte, crema, uova, ecc.

fil.

VARIA

Ricerche sperimentali sulla influenza dei suoni e dei rumori sull'attività umana.

Il rumore, specie nelle grandi città, ha raggiunto tale intensità che è stato ritenuto causa di manifestazioni morbose, specie del sistema nervoso e dell'attività psichica. Mentre però sono generali le affermazioni sugli effetti dannosi del rumore, in realtà la letteratura scientifica sull'argomento è quanto mai povera e tutt'altro che conclusiva, specie per ciò che riguarda gli effetti sull'organismo, perchè non è stata data la dimostrazione del meccanismo di azione del rumore. Per quanto poi si riferisce agli effetti sulla vita psichica si suole, anche da uomini di scienza, fare affermazioni fondate su cognizioni psicologiche non scientifiche: si afferma cioè che il rumore, ed in genere anche i suoni prolungati, esercitano un'influenza dannosa sul rendimento della attività umana.

Gli sviluppi della psicotecnica hanno mostrato la necessità di porre il problema in rapporto con l'attività lavorativa. Varie sono le opinioni espresse dagli AA., che si sono occupati dell'argomento. A mettere ordine tra tali risultati, che non sono contradittori, ma sono diversi sia per la diversa impostazione delle ricerche come per la diversa tecnica impiegata, occorre non tanto un esame critico, il che già fu fatto da Bartleff, quanto una indagine sistematica nella quale siano opportunamente variate le condizioni sperimentali. È ciò che ha cercato da fare G. Cornelli (*L'organizzazione scientifica del lavoro*, settembre 1935). Una ricerca sperimentale diretta a dimostrare se in realtà si abbia o meno questa diminuzione di rendimento dell'attività umana, urta contro difficoltà tecniche assai gravi: difficoltà che l'A. ha brillantemente superato nelle sue ricerche, dai risultati delle quali è tratto a concludere che non è punto dimostrato un diretto effetto dannoso del rumore sulla attività umana; se questo effetto ci fosse, il rendimento, nel nostro caso, in breve sarebbe caduto e sarebbe stata minore l'accuratezza nella esecuzione del compito. Invece pur quando l'attività prescelta era prolungata sino a 40', questo fatto non si aveva, ed anzi il rendimento continuava a mantenersi superiore dimostrandosi con ciò che l'effetto diretto dannoso era mancato. Il maggior sforzo, il dispendio di maggiori energie determina però ben presto la maggiore fatica e di qui è giustificata l'affermazione dell'effetto dannoso del rumore, effetto però che è indiretto e tanto più notevole quando ad esso si associa — come avviene nelle officine — anche l'azione di altri fattori.

Naturalmente è da ricordare che il problema muta ben profondamente natura e ben differenti effetti sono da attendere quando il rumore è così forte da determinare gravi disturbi dell'udito.

Questo è uno dei due problemi che restano da risolvere: l'effetto dello stimolo prolungato sull'organo dell'udito e lo studio comparato del lavoro di officina compiuto nel silenzio ed in ambiente rumoroso. È quello che si ripromette di fare l'A. in altro lavoro.

G. LA CAVA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

P. TIMPANO e G. CASTORINA. *La balantidiosi nei bambini.* — Tip. Pansini, Napoli, 1935.

M. VARANINI. *Parma e il giornalismo medico.* — Tip. A. Mattioli, Fidenza, 1934.

U. NOBILI. *Un caso di idrocefalo congenito ventricolare curato chirurgicamente.* — L. Cappelli, Bologna, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

La situazione sanitaria nelle colonie dell'A. O.

Il servizio sanitario del Ministero delle Colonie ci ha comunicato l'elenco particolareggiato delle malattie infettive nell'Eritrea e nella Somalia durante ciascun mese dell'anno in corso fino al 30 settembre. Seguiranno prestissimo i dati relativi al mese di ottobre che sono in preparazione e non diversificano dai precedenti.

Insieme con questi sono pubblicati i dati sulle malattie infettive nelle medesime colonie durante il 1934 per poter fare i confronti.

Una tabella a parte concerne le malattie infettive fra le truppe bianche, gli ascari, e gli operai italiani.

Le cifre dimostrano che nessuna epidemia vi è stata durante l'anno in corso. Nel 1934 vi fu una epidemia di vaiuolo in Somalia in conseguenza della vasta ondata epidemica di tale malattia su tutte le coste dell'Oceano Indiano ed è stata dominata, cessando completamente nel giugno ultimo. Casi di vaiuolo sono penetrati più volte nell'Eritrea dalla costa Arabica e dall'Abissinia ma sono stati prontamente combattuti, nè hanno prodotto focolai epidemici. Casi di meningite epidemica sono parimenti penetrati dall'Abissinia; ma in seguito alle misure adottate non vi è stata alcuna epidemia. Vi sono stati casi di dissenteria e di malaria senza grande diffusione e senza nessuna mortalità. Unici episodi epidemici sono stati quelli di parotite, morbillo e pertosse fra gli ascari.

L'Esercito italiano, come già nel 1911 in Libia e nel 1915 al fronte Giulio, mediante l'alta civiltà di cui è portatore e la perfezione dei servizi igienico-assistenziali, che deve alla devozione ed alla sapienza del Medico italiano, difende sè stesso dai contagi e risana le popolazioni fra cui va a vivere.

La comunicazione dei dati sanitari sarà continuata mese per mese.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Sono sospesi, fino a nuova disposizione, i concorsi pubblici per un posto di medico primario specialista, un posto di prosettore e due posti di medico assistente nel Sanatorio Vitt. Em. III presso Garbagnate Milanese, già prorogati al 15 novembre.

POGGIODOMO (*Perugia*). — Comune cerca medico chirurgo interino, massimo anni 35, stipendio mensile L. 800 lorde, cavalcatura carico Comune. Inviare domanda al Podestà.

VARESE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso, per titoli ed esami, a 5 posti di assistente sanitaria visitatrice presso i Dispensari Antitubercolari della provincia di Varese. Stipendio annuo L. 7200 suscettibile di 4 aumenti triennali del decimo oltre ad un'indennità di servizio attivo di L. 1345 annue, il tutto con le riduzioni stabilite dai RR. DD. Legge 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561 Scadenza ore 16,30 del 16 dicembre 1935-XIV. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione « Carlo Comba ».

Presso la R. Università di Firenze è aperto un concorso per una Borsa di Studio biennale per l'ammontare di L. 3500 annue, intitolata al nome di « Carlo Comba », da conferirsi ad un giovane laureato in Medicina e Chirurgia, e che intenda perfezionarsi negli studi pediatrici, presso la Clinica Pediatrica Medica della R. Università di Firenze.

Possono partecipare al concorso giovani di nazionalità italiana laureati da non oltre tre anni in Medicina e Chirurgia, al 20 dicembre 1935. A parità di merito saranno preferiti gli aspiranti che dimostrino di essere in condizioni economiche disagiate.

Gli aspiranti alla Borsa debbono presentare alla Segreteria dell'Università non oltre la data suddetta, la domanda e i documenti. Chiedere copia del bando.

Il vincitore avrà l'obbligo di risiedere a Firenze e dovrà frequentare la Clinica Pediatrica Medica durante l'intiero biennio, compreso il periodo estivo.

Il pagamento della Borsa è fatto dalla Cassa dell'Università in quote uguali mensili posticipate e dietro esibizione di un certificato di frequenza rilasciato dal direttore della Clinica Pediatrica.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Ministro dell'E. N. ha disposto i trasferimenti seguenti di professori universitari, oltre quelli già da noi annunziati:

Giuseppe Bertaccini, da Siena, alla cattedra di Clinica dermosifilopatica della R. Univ. di Bari;

Bruno Polettini, da Modena, alla cattedra di Patologia generale della R. Università di Padova;

Giorgio Falchi, da Messina, alla cattedra di Clinica dermosifilopatica della R. Università di Siena;

Pietro Tullio, da Messina, alla cattedra di Fisiologia della R. Università di Bari;

Mario Camis, da Parma, alla cattedra di Fisiologia della R. Università di Bologna;

Guido Guerrini, da Padova, alla cattedra di Patologia generale della R. Università di Bologna;

Mario Aiazzi Mancini, da Siena, alla cattedra di Farmacologia e Tossicologia della R. Università di Firenze;

Gino Acconci, da Pavia, alla cattedra di Clinica ostetrica e ginecologica della R. Università di Genova;

Luigi Preti, da Parma, alla cattedra di Medicina del lavoro della R. Università di Milano;

Leonardo Dominici, da Perugia, alla cattedra di Patologia speciale chirurgica della R. Università di Napoli;

Guido Piccinini, da Modena, alla cattedra di Materia medica e farmacologia della R. Università di Napoli;

Filippo Guccione, da Sassari, alla cattedra di Anatomia patologica della R. Università di Parma;
Rodolfo Margaria, da Ferrara, alla cattedra di Fisiologia della R Università di Parma;
Maffo Vialli, da Modena, alla cattedra di Anatomia patologica della R. Università di Pavia;
Carlo Vercesi, da Palermo, alla cattedra di Clinica ostetrica e ginecologica della R. Università di Pavia;
Giuseppe Ayala, da Siena, alla cattedra di Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Pisa;
Cesare Pupilli, da Sassari, alla cattedra di Fisiologia della R. Università di Siena.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale ha inoltre disposto le seguenti nomine:

prof. Mario Bertolotti, alla cattedra di Radiologia ed elettroterapia presso la R. Università di Napoli, in applicazione dell'art. 81 del Testo Unico delle leggi sull'istruzione superiore;

prof. Giovanni De Toni, alla cattedra di Clinica pediatrica presso la R. Università di Modena.

Sono incaricati dell'insegnamento di clinica ostetrico-ginecologica i proff. Luigi Cattaneo a Perugia e Giuseppe Tesauri a Sassari.

☛ *Mentore, necessario a tutti i Sanitari Italiani*

Nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie

con NOTE e COMMENTO di

CARAPELLE On. Dr. ARISTIDE, Consigliere di Stato

e

JANNITTI PIROMALLO Dr. Prof. ALFREDO, Consigliere di Cassazione.

Il **COMMENTO** che offriamo noi, ha un carattere **eminentemente pratico** ed è una **Guida veramente sicura** per la CONOSCENZA E L'APPLICAZIONE DELLE LEGGI SANITARIE con opportuni richiami alla Giurisprudenza e con la spiegazione delle modificazioni introdotte nella Legge stessa.

La nostra Casa Editrice che, con le speciali rubriche del « POLICLINICO » e soprattutto con l'altro proprio Periodico specializzato « Il Diritto Pubblico Sanitario », ha acquistato da tempo l'esperienza delle particolari esigenze dei **Medici** e degli **Amministrativi** in *materia sanitaria*, è venuta così incontro a questi, offrendo loro siffatta pubblicazione **realmente indispensabile**, la quale, per la profonda competenza dei due illustri autori, che hanno saputo imprimervi un carattere di grande praticità, **non deve esser confusa con altre pubblicazioni congeneri,** da altri annunziate **prive dei nomi degli autori del Commento, senza, cioè, l'elemento più importante.**

Volume in formato tascabile, di pagg. XII-720, in nitidissimi caratteri corpo 8 e corpo 6, stampato su carta tipo « India-Oxford », ed artisticamente rilegato in tela. Prezzo: rilegato in tela L. **45**; in *brochure*, L. **40**, più le spese postali di spedizione.
Per gli abbonati al « Policlinico », rispettivamente, sole L. **36** rilegato in tela e sole L. **32** in brochure, con spedizione franca di porto.

☛ *Rammentiamo anche l'utilissimo manualetto del quale sono disponibili ancora poche copie:*

Prof. Dott. AUGUSTO FRANCHETTI
Medico Provinciale presso la Direzione Generale della Sanità Pubblica

Appunti di legislazione per gli Ufficiali Sanitari

Volume, in formato tascabile, di pagg. VIII-200, nitidamente stampato. Prezzo L. **12**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **10** in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI - Ufficio Postale Succursale diciotto - ROMA.

NOTIZIE DIVERSE

L'Accademia Lancisiana di Roma inaugura la nuova sede.

Si è svolta il 21 nov. alle ore 17, alla presenza del conte De Vecchi di Val Cismon, Ministro dell'Educazione nazionale, la cerimonia inaugurale della nuova sede dell'Accademia Lancisiana, in piazza della Consolazione 87.

Nell'atrio, il Ministro è stato ricevuto dall'on. Fioretti, attuale presidente dell'Accademia, col segretario dott. Scano e l'amministratore gen. Caccia. E lo stesso presidente ha quindi illustrato, nel suo discorso, la storia e le finalità dell'Accademia, suggerita al fondatore Lancisi, nel 1715, dal desiderio di giovare alla miglior coltura dei giovani medici dei quali egli fu maestro impareggiabile. E tuttora l'istituzione ha lo scopo di promuovere l'incremento scientifico e la pratica professionale dei medici e dei chirurgi; di agevolare l'illustrazione del materiale che si trova negli Ospedali, nelle Cliniche, negli Istituti scientifici della Facoltà medica di Roma, dello Stato e del Governatorato di Roma e di promuovere la discussione su argomenti scientifico-pratici di medicina, chirurgia e specialità tra i sanitari i quali abbiano prestato o prestino servizio negli Ospedali, nelle Cliniche e negli Istituti scientifici.

10° Congresso della Società internazionale di chirurgia.

A proposito di questo Congresso, che dovrebbe tenersi dal 31 dicembre 1935 al 5 gennaio 1936 al Cairo, il prof. Alessandri, delegato per l'Italia, prega i molti colleghi che si sono rivolti a lui per notizie, e specialmente per la decisione dell'intervento o meno al Congresso dei membri italiani, di aver pazienza ancora qualche giorno, attendendo la decisione che verrà comunicata ai soci con circolare appena possibile.

6° Congresso internazionale di urologia.

La Società Internazionale di Urologia terrà il suo 6° Congresso a Vienna dall'8 al 12 giugno 1936. Temi: « La terapia del carcinoma della prostata », relatori: Hryntschak (Vienna), Nitch (Londra), Oreja (San Sebastian); « Suppurazioni del parenchima renale », relatori: Cabot (Rochester), Illyes (Budapest), Necker (Vienna); « Fisiologia e patologia dell'escrezione renale », relatori: Pisani (Milano), Rubritius (Vienna), Snapper (Amsterdam).

Sono già prenotati parecchi membri, i quali desiderano di prender parte alla discussione su questi temi. Chi intende di intervenire nella discussione è pregato di volerlo comunicare, e di inviare entro la fine di febbraio un breve riassunto delle osservazioni che vorrebbe fare.

Rivolgersi al prof. V. Blum, Medizinische Fakultät, Universität, Wien, Austria.

" Centro radio-medico " di Roma.

Il « Centro Radio-Medico Internazionale » di Roma, diretto dal prof. Guido Guida, ha assunto grande importanza.

Il Ministero dell'Aeronautica ha accordato al « Centro Radio-Medico » la possibilità di usufruire di mezzi aerei in casi di assoluta necessità, quando

feriti o ammalati gravissimi a bordo di piroscafi in navigazione, avranno bisogno di essere ricoverati urgentemente all'Ospedale. Per tali servizi verranno adoperati soltanto gli idrovolanti adibiti alle linee aeree civili, poichè bene attrezzati ai bisogni.

Durante questi ultimi mesi sono pervenute numerose richieste assistenziali alla Direzione del « Centro Radio-Medico Internazionale » da parte di comandanti di piroscafi in navigazione sprovvisti di medico di bordo. Fra le più significative segnaliamo le seguenti: da parte del piroscafo italiano « Lucifero » (consulente prof. Guido Guida), del piroscafo jugoslavo « Bor » (consulente dott. Di Blasi); del piroscafo italiano « Sirio » (consulente prof. Mazzantini); del piroscafo « Nettuno » (consulente prof. Dubinsky).

Una nobile lettera del prof. Chavanne di Lione.

Il prof. Caliceti, presidente della Società otolaringologica italiana, ha ricevuto una lettera dall'illustre scienziato prof. Chavanne di Lione, direttore della rivista di otorinolaringologia *O. R. L.*, periodico internazionale che ha larghissima diffusione.

Nella lettera il prof. Chavanne, dopo avere affermato i vincoli di fraternità latina, così prosegue: « Un forte nucleo dei vostri compatrioti mi fa l'onore del loro abbonamento alla rivista da me diretta. Mi sarebbe gradito che ciascuno di essi versasse a voi l'importo dell'abbonamento del 1936; voi dovreste rimettere questa somma al Ministero competente perchè sia devoluta al servizio otorinolaringologico della vostra armata in guerra. Possiate trovare in questa modesta partecipazione all'opera di civilizzazione che voi compite la testimonianza del mio sentimento di amicizia fedele e di ammirazione per il vostro grande Paese ».

Un po' dovunque.

L'inviato speciale del « Temps » in Eritrea, P. Gentizon, in una relazione documenta e mette in rilievo la perfetta organizzazione sanitaria nell'Africa Orientale, attuata sotto la direzione del sen. Aldo Castellani.

Un collaboratore del « Gringoire », reduce dal Tigrai, riferisce, tra l'altro, di avere visitato delle ambulanze del fronte, inaspettatamente. E aggiunge: « Vi ho incontrato un malato di bronchite, un malato di reumatismi... per tre volte nessuno. Su 25.000 uomini 16 tifoidei senza un caso mortale, 106 casi di malaria. Meno malati, a conti fatti, che nella Penisola ».

Si è riunito a Milano il Consiglio dell'Unione Naturista Italiana ed ha deciso di accentuare in questi mesi il carattere didascalico e pratico della sua rivista « L'idea naturista » e di offrire al pubblico, anche per mezzo di private consultazioni e di pubbliche conferenze, quei suggerimenti che sono il risultato degli studi e dell'esperienza per la limitazione dei consumi carnei e di lusso.

L'Associazione dei combattenti italiani di New York e la Società Italiana « San Giuseppe » di Brooklin hanno offerto rispettivamente 200.000 e 50.000 lire alla Croce Rossa Italiana e alle nostre opere assistenziali.

La Reale Accademia d'Italia ha inaugurato solennemente il nuovo anno accademico in Campidoglio il 17 novembre, alla presenza di S. A. R. il Duca di Spoleto in rappresentanza di S. M. il Re d'Italia. S. E. Marconi ha pronunziato un fiero discorso sulla politica sanzionista e anti-italiana.

La Società Italiana di Ematologia doveva adunarsi a Siena il 24 novembre, per discutere il tema « Le eritremie », relatore il prof. G. Di Guglielmo; la seduta è rinviata al prossimo anno; verranno ulteriormente precisati data e programma. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria, R. Clinica medica (via Francesco Sforza 35), Milano; presidente è il prof. A. Ferrata; segretario il prof. A. S. Roversi.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata l'8 e il 15 novembre, con la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. Nella prima di queste sedute il prof. A. Luzzatto tenne una conferenza sugli « Attuali orientamenti nella patogenesi e nella terapia del diabete mellito »; nella seconda il prof. G. Mann e il dott. M. Gopcevich riferirono su « La cura bulgara nel parkinsonismo postencefalitico ».

Tra le manifestazioni organizzate in occasione del Salone Aeronautico Internazionale tenutosi in ottobre a Milano, fu la Giornata di Medicina Aeronautica, svoltasi per iniziativa del Sindacato Medico Fascista e dell'Aero-Club « Pensuti ». Padre Gemelli presentò una relazione sui « Problemi psicofisiologici della navigazione aerea ».

Il primo congresso spagnolo « pro Medico », tenutosi ai primi di ottobre in Saragozza per l'esame di problemi professionali, ha riunito 700 medici, tra cui i più illustri rappresentanti della medicina spagnola. È stato approvato un codice deontologico.

Si è costituita la Società romena di ortopedia, con la presidenza onoraria del prof. Balacescu, decano della Facoltà medica di Bucarest, ed effettiva del dott. A. D. Radulescu, già direttore dell'Ospedale Maria Regina. Il numero delle Società scientifiche romene di medicina, che prima della guerra era di 3, viene così portato a 16.

Il prof. Ugo Cerletti ha tenuto il 22 novembre la prolusione al corso di Clinica neuropsichiatrica nella R. Università di Roma, trattando il tema: « La neuropsichiatria: una scienza che è entrata nella vita ».

Sua Maestà il Re ha ricevuto in udienza privata il prof. Giuseppe Franchini, direttore dell'Istituto di Patologia coloniale nella R. Università di Modena, che ha informato l'Augusto Sovrano sui risultati delle sue ricerche scientifiche sul veleno delle vipere in rapporto ad alcune malattie tropicali. Sua Maestà si è interessato alle dette ricerche ed ha espresso al prof. Franchini il suo compiacimento.

S. A. R. il Principe di Piemonte si è recato nella R. Clinica neurologica di Napoli, per visitarvi gli encefalitici sottoposti a cura bulgara sotto la direzione del prof. O. Fragnito, col quale si è vivamente congratulato.

Si è chiuso un concorso per erigere un Ospedale civile a Bolzano; vincitore è riuscito l'architetto romano Ettore Rossi. La costruzione verrà iniziata entro l'anno.

Nel 1936 sorgerà a Budapest un ospedale internazionale per il trattamento dei reumatismi, in considerazione delle risorse che contro questa malattia offrono il clima e le condizioni sanitarie della città.

Un esperimento di colonia sanatoriale per ragazzi va svolgendosi in Inghilterra, a Borough Hill, presso Frimley, nel Surrey; si è iniziato nel 1929. I ricoverati contano da 13 a 19 anni; seguono gl'insegnamenti scolastici regolarmente. I promossi sono stati 100 %; 70 % hanno trovato impiego. Il successo è così completo, che si provvederà ad istituire altre scuole sanatoriali congeneri.

Nella Facoltà medica di Valenza si è fondata una cattedra d'istologia intitolata a Cajal.

Il Consiglio della Facoltà medica di Parigi, nella seduta del 7 novembre, ha deciso che il giuramento d'Ippocrate sarà ristabilito; dovrà esser fatto in occasione della discussione della tesi di dottorato.

In Inghilterra il servizio sanitario militare viene disertato e v'è penuria di candidati. Per porre riparo a tale situazione, si è costituito un Comitato, il quale ha avanzato una serie di proposte, tendenti a migliorare il trattamento economico e la carriera degli ufficiali medici; tra l'altro, verrebbero ammesse ferme di 5 anni, spirati i quali si avrebbe diritto ad una liquidazione pari a 60.600 lire it.; ovvero si rimarrebbe stabilmente nel corpo, profittando di tutti gli altri vantaggi ora offerti; le promozioni ai gradi superiori si farebbero per merito; lo stipendio varierebbe da 20.000 lire it. per i sottotenenti a circa 65.000 per i colonnelli; si ammetterebbe la qualifica di specialista, con compiti corrispondenti.

Una delegazione dell'Unione federale degli studenti universitari francesi si è recata presso il Ministero dell'istruzione pubblica per protestare contro l'inasprimento delle tasse scolastiche, disposto con le leggi 10 luglio e 22 settembre 1935; essa è in contrasto con le crescenti difficoltà economiche.

Il Ministro spagnolo dell'istruzione pubblica ha deciso di abbassare la dotazione annua della Facoltà medica di Madrid da 120 mila pesete a 18 mila. Ciò significa la paralisi di tutti gl'istituti scientifici, che cesseranno praticamente di funzionare.

Il dott. Pino Masnata, chirurgo nell'Ospedale Maggiore di Milano, diciannovista, si è fatto operare nello scorso settembre dal proprio padre, prof. Giovanni Masnata, direttore dell'Ospedale Civile di Stradella, sansepolcrista, onde mettersi in grado di partire per l'Africa Orientale, verso la quale si è ora imbarcato.

Alla Clinica ostetrico-ginecologica di Roma si sono avuti, in poche ore, tre parti bigemellari. Il Capo del Governo ha fatto distribuire 500 lire a ciascuna delle tre madri.

L'incrociatore australiano « Sidney », temporaneamente assegnato alla flotta inglese che ha invaso il Mediterraneo, è stato messo in contumacia perchè vi si sono manifestati quaranta casi di rosolia.

Un avvelenamento collettivo si è prodotto nel carcere giudiziario di Indianopolis (Stati Uniti d'America); i colpiti furono complessivamente 214, di cui alcuni gravemente.

È deceduto il prof. GEORGES ETIENNE, clinico medico di Nancy, studioso di valore, ammirato per la rettitudine della vita ed amato per la bontà.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 28 ottobre al 3 novembre: Morbillo 166 (799); Scarlattina 212 (548); Pertosse 48 (144); Varicella 67 (126); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 374 (676); Infezioni paratifiche 79 (106); Febbre ondulante 22 (24); Dissenteria 3 (4); Difterite e croup 293 (592); Meningite cerebro-spinale epidemica 4 (4); Poliomielite anteriore acuta 18 (25); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 7 (8); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 39 (60), dichiarata — (—); Pustola maligna 24 (32).

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 25 Novembre 1935 - XIV **Num. 47**

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE UMBERTO I - LUGO (RAVENNA)

Le sierositi tubercolari e la loro importanza nella etiopatogenesi delle ulcere gastriche e duodenali.

Prof. FRANCESCO GIUGNI, primario medico.

Nella prima riunione delle Assise Italiane di Medicina Generale (1), una recente, geniale istituzione che raccoglie e valorizza il contributo dei medici pratici su determinati argomenti clinici di speciale interesse o di attualità, esposi sul tema « Ulcera gastroduodenale » alcune considerazioni che sono frutto di osservazioni di 15 anni d'esercizio professionale in Romagna e ne riferisco qui i punti più importanti, perchè attraverso molteplici rilievi clinici, il cui controllo richiesi ai Colleghi, è possibile, a mio avviso, affrontare alcune incognite della discussa etiologia e patogenesi delle ulcere a sede gastrica e duodenale.

I quesiti portati all'attenzione dei medici pratici riguardavano: 1) *la frequenza dell'ulcera gastro-duodenale e la prevalenza in un sesso*, e su questo punto riferivo che tali ulcere non sono relativamente molto frequenti in una regione dove si osservano, e più si osservavano alcuni anni fa, numerosi dispeptici, specie iperclorìdrici e gastroectasici, in conseguenza a facili disordini ed abusi degli alimenti e del vino.

Facevo notare però come il fatto stesso che questi ulcerosi i quali sono sempre dei dispeptici-ipercloridrici si trovano in assoluta maggioranza, a un dipresso l'80 %, tra i maschi, prova che detti disordini alimentari certo più facili a verificarsi negli uomini che nelle donne, devono giuocare una parte importante, benchè non unica, nella genesi delle ulcerazioni gastro-duodenali.

Sul 2° quesito relativo alla *ereditarietà* affermavo che è dato osservare talvolta nella famiglia di un ulceroso una certa disposizione per sofferenze dell'apparato digerente e di al-

(1) Riunione del 6 luglio 1935 in Milano. L'A. era Segretario delle due Provincie di Ravenna e Forlì.

tri organi addominali comune ad uno o ambedue i genitori, o ai fratelli, come la coesistenza in un fratello di una forma appendicolare, o di una colecistite, raramente di un'altra forma ulcerosa, o in una sorella di un'affezione annessiale; ma frequente è sopratutto il rilievo di manifestazioni tubercolari famigliari interessanti in modo particolare le sierose pleurica e peritoneale.

Sul 3° quesito che riguardava la *morfologia e costituzione* ribadivo il concetto già espresso fin dal 1922 dopo il Congresso di Medicina Interna a Firenze (*G. di Clinica Medica*, fasc. XVIII) che non esiste un tipo morfologico-costituzionale dell'ulceroso gastro-duodenale, ma nella genesi delle lesioni ulcerose concorrono e prevalgono diversi elementi estrinseci, quali disordini funzionali alimentari, associati a cause tosso-infettive diverse, che possono agire alla stessa stregua e con identici effetti su diversi e svariati tipi morfologici.

Ma il punto su cui richiamai particolarmente l'attenzione dei colleghi e chiesi il loro controllo è questo: *nella anamnesi di questi ulcerosi gastro-duodenali sono da registrare spesso, direi spessissimo, delle pregresse lesioni a carico delle sierose pleurica e addominale, di natura il più delle volte manifestamente tubercolare.*

Da un'indagine anamnestica minuta ed accurata si rileva che questi individui soffrirono anche diversi anni prima di pleuriti, raramente essudative, ma prevalentemente secche, a tipo di pleuriti fibrose, parcellari, migranti, più frequentemente localizzate al torace destro. L'esame radiografico ne documenta sovente i reliquati. Ed è facile riscontrare in atto in questi ulcerosi, specie duodenali nel periodo acuto dell'affezione, un coesistente risentimento della pleura basilare destra, obbiettivato da sfregamenti pleurici che si ascoltano specie anteriormente, con disposizione a corona alla base del costato destro.

In un secondo periodo alle lesioni pleuriche seguirono più o meno manifesti segni clinici che attestavano una estensione della flogosi alla sierosa peritoneale, anche qui sotto forma di reazioni parziali della sierosa, o peritoniti parcellari, *insorgenti con più facilità a contatto e in rapporto agli organi addominali che erano sede dei protratti disordini funzionali dovuti agli accennati abusi alimentari e disordini digestivi.*

Da questi rilievi d'ordine clinico risulta che i gastro-duodeno-ulcerosi non sono soltanto dei dispeptici-ipercloridrici da disordini e abusi alimentari, ma spesso sono, o sono stati, dei sofferenti di lesioni delle sierose pleurica e addominale.

Si tratta di lesioni di natura tubercolare, che è dato osservare non raramente in diversi soggetti anche non gastropatici, i quali presentano un andamento mite e un decorso lento e protratto, con soste e riprese del processo specifico che dimostra appunto una speciale affinità per le sierose e per il sistema linfatico-glandolare.

Noto come alla riunione di Milano, diversi AA. segnalarono l'esistenza di pregresse lesioni tubercolari negli ulcerosi (Gavazzeni, Broglio, Barbaro Forleo, Maselli, Galli, Del Fabbro, Biffis), e taluno come Cucchini e Zuccola misero in rilievo proprio delle precedenti affezioni tubercolari delle sierose, specialmente della pleura.

È questa una coincidenza fortuita, o può la confermata associazione di queste lesioni condurre ad una interpretazione del meccanismo genetico delle ulcere gastro-duodenali?

È opportuno soffermarsi anzitutto sul primo punto; della coesistenza cioè dell'ipercloridria con l'ulcera gastrica o duodenale, su cui esiste ancora qualche divergenza.

Già nel Congresso di Medicina Interna del 1922, l'Alessandri rilevando le conclusioni dell'Ascoli non ben decise in argomento, affermava che col prelevamento frazionato del succo gastrico si poteva sempre svelare negli ulcerosi duodenali una ipercloridria talora in apparenza inesistente, e alle Assise di Milano la grandissima maggioranza degli AA., e il Ferrata in modo particolare col contributo della sua esperienza, ribadivano il principio della coesistenza, o almeno della preesistenza costante della ipercloridria nei colpiti di ulcera gastrica duodenale.

È questo, a mio parere, un principio fondamentale di osservazione clinica, su cui non dovrebbero esistere incertezze, perchè ha una importanza decisiva nell'interpretazione di questi processi ulcerativi.

Gli ulcerosi gastrici o duodenali divennero tali in quanto furono in antecedenza degli ipercloridrici: non è l'ipercloridria la causa diretta o il movente unico nella formazione dell'ulcera ma certo ne costituisce la causa favorente, e ne rappresenta uno dei moventi necessari.

D'altro lato la presenza dell'ulcera, specie di quella gastrica, se non situata in speciali punti dell'organo, non è, di per sè, causa di ipersecrezione e di iperacidità gastrica. Infatti i dati soggettivi più comuni attestanti l'ipera-

cidità e l'ipersecrezione possono totalmente mancare negli ulcerosi che non sono più allo stato acuto, ed hanno messo a riposo il loro stomaco, limitando e contenendo gli stimoli alimentari già abitualmente esagerati o smodati, mentre le titolazioni chimiche del contenuto gastrico estratto dopo i pasti di prova in questi periodi di dieta e di riposo dello stomaco, possono non rivelare ipercloridria e presenza di HCL libero, in rapporto appunto al deficiente stimolo alla secrezione gastrica che i pasti di prova leggeri, tipo Ewald o Sahli-Seiler, rappresentano per questi individui abituati a quotidiani forti stimoli alimentari.

È questo un concetto clinico espresso da un grande maestro, il Grocco, che consigliava di non attenersi nelle prove della funzionalità gastrica ad uno schematico pasto di prova, ma di uniformarlo per la qualità e la quantità dei suoi componenti alle abitudini alimentari, spesso esagerate e smodate, dei pazienti. Seguendo tale principio potevo dimostrare fin dal 1910 (*Rivista Critica di Clinica Medica*, n. 5-6) in numerose esperienze di controllo, come in gastropatici in cui i pasti di prova ricordati non rivelavano ipercloridria e presenza di HCL libero, l'iperacidità e l'ipersecrezione comparivano prontamente aumentando la quantità dei cibi componenti il pasto di prova, o aggiungendo qualche cibo particolarmente stimolante.

Sulla scorta di questi concetti possiamo già in primo luogo renderci ragione perchè fra tanti gastropatici dispeptici e ipercloridrici inveterati, soltanto relativamente pochi diventano degli ulcerosi. Una delle più forti obbiezioni mosse infatti al valore e all'importanza dell'ipercloridria nella genesi delle ulcere gastriche o duodenali è data dall'esistenza di numerosi gastropatici, fortemente ipercloridrici, abituati divoratori di bicarbonato sodico, che tali rimangono per anni e anni senza mai presentare segni di localizzazioni ulcerose.

L'ipercloridria gastrica benchè un fattore necessario non è il solo per la formazione dell'ulcera: occorre un altro fattore, che secondo le osservazioni cliniche accennate è rappresentato dalla coesistente infezione tubercolare sotto forma di sierosite lenta che si manifesta in genere prima nella pleura, e successivamente nel peritoneo. Il processo ulcerativo sarebbe quindi originato dalla sovrapposizione e dall'intreccio di due fattori, l'uno il diuturno turbamento funzionale gastro-intestinale, l'altro costituito dalla flogosi tubercolare della sierosa peritoneale.

E con quale meccanismo? Occorre anche qui formulare una ipotesi, che però, a mio avviso, è più comprensiva e rispondente alle osservazioni cliniche delle molte altre in argomento, come quella che ne fa risalire la causa al difettoso metabolismo dei sali alcalino terrosi per turbata funzione paratiroidea; o alla instabilità e disquilibrio neuro-vegetativo con ipertonia del vago; o alla più recente, cosidetta anafilattica che riporterebbe i fatti ulcerativi dello stomaco e intestino ad uno stato di ipersensibilizzazione determinante lesioni prima flogistiche, poi necrotiche su speciali punti della mucosa gastrica e intestinale.

Si può supporre che nei forti e smodati mangiatori e bevitori le conseguenti diuturne alterazioni motorie e secretive dello stomaco e del duodeno favoriscano il costituirsi di stati congestizi e irritativi della corrispondente sierosa peritoneale attraverso le comunicazioni linfatiche e vascolari. Queste reazioni congestizie potranno trasformarsi con maggior facilità in veri processi infiammatori, o peritoniti localizzate nei soggetti portatori di una infezione tubercolare a tipo di sierosite lenta, l'esistenza della quale è attestata dalle accennate, frequenti, pregresse lesioni pleuriche. E si può ancora supporre che queste flogosi peritoneali parziali, talvolta sotto forma di periviscenti, turbando alla loro volta le funzioni secretive e motorie di questi organi, facilitino i fatti di stasi, le congestioni delle vie linfatiche, con trombosi dei capillari, probabilmente con fatti ischemici ed emorragici sottomucosi (Aschoff), donde il consecutivo alterato trofismo nervoso e conseguenti necrosi, erosioni ed ulcerazioni in alcuni punti della mucosa.

In conclusione il meccanismo genetico del processo ulceroso, sulla guida di queste constatazioni si potrebbe interpretare così: il turbamento funzionale motorio e secretorio dello stomaco e duodeno provocato da diuturni disordini alimentari favorirebbe in primo tempo una reazione della corrispondente sierosa peritoneale che diverrebbe poi facile sede di un processo flogistico tubercolare nei soggetti portatori cronici di tale infezione, soggetti in cui l'infezione tubercolare mostra un andamento lieve e benigno e una speciale affinità per le sierose e per il sistema linfatico glandolare. A sua volta il processo flogistico tubercolare della sierosa peritoneale si ripercuoterebbe sulla funzione di questi organi causando lesioni vascolari, linfatiche e nervose che alterando il trofismo della mucosa determinano in alcuni punti fatti necrotici e forme ulcerative.

È probabile che altre forme tosso-infettive croniche, sostenute da altri germi, e forse anche da quelli annidati nei così detti *foci*, possano portare con identico meccanismo a identiche lesioni in questi soggetti dispeptici; ma certo l'infezione tubercolare, per le accennate osservazioni di pregresse localizzazioni pleurali così frequenti a riscontrarsi, rappresenta il movente più comune.

La sede delle ulcerazioni nel duodeno piuttosto che nello stomaco si avrebbe di preferenza quando ai disordini funzionali dell'apparato digerente compartecipano disturbi a carico del fegato e della cistifellea. È questa una impressione personale che merita di essere presa in considerazione per gli eventuali controlli.

Nella relazione presentata al Congresso di Milano scrivevo che sulla guida di questi concetti potrebbero trovare interpretazione anche molte lesioni dell'appendice, o della colecisti, come pure alcuni risentimenti annessiali nelle donne, e la sindrome che va sotto il nome di « addominale destra », e attesta quella sintonia patologica degli organi addominali messa in evidenza dal Solieri.

Queste mie constatazioni trovano un singolare riscontro e alcune conferme dirette e indirette in quelle di altri osservatori. Il Bufano della Scuola di Pende, in un'accurata rivista sull'appendicite cronica e sindromi derivate esprime il parere che le flogosi croniche dell'appendice siano nelle eventualità più frequenti di natura tubercolare, e constata come nell'anamnesi famigliare e personale di questi soggetti vi sia spiccata eredità per forme t. b. c. e specialmente il riscontro di fatti pleurici pregressi che denotano una tendenza delle sierose a processi infiammatori da b. di Koch. Aggiunge questo A., in base ad esperienze della Scuola Genovese, che nelle pleuriti di rado il processo resta localizzato alla pleura ma si estende al peritoneo sottodiaframmatico per diffusione attraverso i linfatici del diaframma ed anche per un processo autonomo. Il Bufano poi riporta (*G. del Medico Pratico*, luglio 1935) le osservazioni del Paolucci e del Leotta che richiamano l'attenzione sulla grande frequenza dei casi in cui contemporaneamente alla appendicite cronica vi è presenza di ulcera gastro-duodenale.

Se di natura tubercolare è la flogosi cronica appendicolare, si può logicamente supporre che di identica natura sia il processo che ha portato alla frequente e concomitante forma ulcerativa a sede gastrica o duodenale.

Ma assai interessanti a conforto della tesi da me espressa sono i recenti rilievi del Campanacci nell'Istituto di Patologia Medica di Parma. L'A. che aveva già rilevato la pregressa esistenza di pleuriti destre nelle colecistopatie, ha messo ora in evidenza (*G. di Clinica Medica*, 30 giugno 1935) la frequenza di tali pleuriti a localizzazione prevalentemente destra e a tendenza non essudativa, ma fibrosa, che precedono le cosidette sindromi addominali destre, che egli chiama « metapleuritiche ». Dallo studio di 81 soggetti presentanti pregresse pleuriti secche basilari destre l'A., conclude che è frequentissima a varia distanza di tempo l'insorgenza di una sindrome digestiva per lo più ad inizio periviscerítico, che interessa la colecisti o l'appendice, o lo stomaco o il duodeno. Secondo l'A. fattori infettivi o diatesici secondari possono fare evolvere detta sindrome verso la colecistite, o l'appendicite o verso l'ulcera gastrica o duodenale, con una frequenza decrescente in accordo a questo enunciato.

Sarà interessante un controllo statistico che prendendo in esame come ha fatto il Campanacci dei soggetti presentanti nell'anamnesi delle pleuriti pregresse specie a tipo fibroso, rilevi se altri fattori sopraggiunti a carico della funzione di organi addominali portino determinate lesioni in detti organi corrispondenti; se cioè protratte turbe mestruali evolvono facilmente in annessiti, le stasi fecali o emorroidarie, e le coliti croniche portino all'appendicite, o , come è oggetto di queste mie osservazioni, se i protratti disturbi dispeptici gastrici portino più facilmente in questi soggetti con sierositi tubercolari in atto alla formazione di processi ulcerativi gastrici o duodenali.

RIASSUNTO.

L'A. dalla constatazione che nell'anamnesi degli ulcerosi gastro-duodenali si riscontrano spessissimo delle pregresse pleuriti, specie a tipo fibroso, più frequenti al torace destro, e in generale una tendenza comune anche ai famigliari per affezioni tubercolari lente e protratte delle sierose pleurica e addominale, ritiene che dalla associazione di dette lesioni con le protratte dispepsie ipercloridriche secondarie ad abituali disordini alimentari, possano con maggior facilità aver origine in questi soggetti i processi ulcerativi dello stomaco e del duodeno.

Secondo l'A. le localizzazioni flogistiche peritoneali t. b. c. si avrebbero elettivamente nella sierosa che è in rapporti di contiguità

con gli organi digerenti sede dei diuturni e prolungati disturbi funzionali, e da ciò deriverebbero fatti di stasi linfatico-vascolare, trombosi dei capillari, lesioni trofo-nervose, e i conseguenti fatti necrotici e ulcerativi della mucosa.

Sulla guida di tali concetti l'A. ritiene si possano interpretare anche le lesioni della così detta S. A. D. (sindrome addominale destra) che rappresenterebbero delle reazioni locali di peritonite t. b. c. insorgenti a contatto e in proiezione di quegli organi addominali che sono sede di protratti disordini e anomalie funzionali, e si verificherebbero particolarmente in quei soggetti in cui le manifestazioni tubercolari hanno un andamento mite e protratto e una particolare affinità per le sierose e per il sistema linfatico.

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale di S. Maria Nuova
in Reggio Emilia
Reparto di Medicina Generale
Direttore: Prof. Dott. Cesare Sormani

La terapia stomosinica nelle infezioni tifoidee.

Dott. Eugenio Cenini, aiuto.

L'infezione tifoidea ha una storia piena di ricerche, di studi e di osservazioni. Tale mole di lavoro ci ha portato dalle antiche concezioni che di questa affezione si avevano alle attuali cognizioni.

Basterà segnalare le date più memorabili: nel 1880 Eberth scopre il bacillo, che viene poi studiato da Gaffkj; nel 1896 Widal scopre la sierodiagnosi; nel 1897 Achard e Bensaude isolano dal pus articolare e dall'urina di due tifosi, due bacilli diversi da quelli di Eberth e che denominano bacilli paratifici; nel 1900 Schottmüller dimostra con l'emocoltura la presenza nel sangue del tifoso del bacillo di Eberth.

Se però l'eziologia dell'infezione tifoidea da tempo poggia su stabili basi, la sua patogenesi invece ha subìto in quest'ultimo trentennio importanti modificazioni. Infatti dalla dottrina intestinale che concepiva la infezione tifoidea come una malattia locale dell'intestino, si è giunti in oggi a ritenere la infezione tifoidea un processo tossi-infettivo generale, una malattia di tipo setticemico che intacca i varî sistemi e sistematicamente ed in prevalenza quello linfatico.

Contro l'infezione tifoidea e le forme affini tutti i tentativi di terapia immunitaria sono stati esperimentati, dalla siero-, alla vaccino-, alla proteino-terapia, ecc. È la vaccinoterapia però che da un ventennio ha larga applicazione.

Il trattamento vaccino-terapico antitifico con iniezioni endovenose venne introdotto per primo da Ichikawa, che nel 1914 pubblicò i risultati brillanti raggiunti con tale metodo, cioè: guarigioni rapide, abortive, abbreviamento della malattia e attenuazione dei fatti morbosi, tanto più rapidi quanto più intense erano le reazioni, in quasi la metà dei casi. Le dosi forti possono dare con una iniezione endovenosa sola o al più con due, una risoluzione critica della malattia.

Per quanto molti AA. (Ichikawa, Gaj, Karoj, Galambos, Chiadini, ecc.) sostengano che il metodo abortivo con forti dosi di vaccino endovena sia privo di inconvenienti, non si possono passare sotto silenzio quelli capitati a Mouté consistenti in collasso e perforazione intestinale (con dose di 75 milioni), ed altri casi seguìti da morte (Deubsche, Biedl, Holler, ecc.) o da uno stato allarmante: onde nell'applicazione endovenosa del vaccino, converrà seguire una certa cautela tenendo presente i criterî che ne regolano l'uso ed attenendosi ad un giusto dosaggio.

Pure la vaccinoterapia antitifica con iniezioni intramuscolari o sottocutanee venne largamente usata ed esaminando nell'insieme i risultati raggiunti, si nota che buona parte degli AA. ebbe con essa in complesso favorevoli successi.

La guarigione e lo sfebbramento accelerato che si ha con la terapia vaccinica nel tifo, devesi ad una rapida distruzione di veleni endotossici dei batterî, di scorie intermediarie della distruzione dei tessuti e di germi, che logicamente è da ritenersi legata alla provocazione di uno stato di iperfunzione spiccato del meccanismo di difesa antiendotossica ed antibatterica di natura istogene. L'azione terapeutica del vaccino risulta in tal modo una terapia a carattere di stimolo; non può venir considerata una terapia antibatterica in senso stretto e l'effetto terapeutico reclama una partecipazione fondamentale da parte dell'organismo stesso, il quale deve reagire in un determinato senso allo stimolo rappresentato dal materiale vaccinante.

I migliori successi col metodo vaccinoterapico si avranno quindi nelle fasi iniziali, cioè nel periodo in prevalenza batterico; saranno invece meno evidenti nella fase essenzialmente tossica di acme: nelle forme ipertossico-

adinamiche poi la vaccino-terapia non eserciterà alcuna influenza oppure scarsissima. Così la caduta della febbre per crisi a seguito di vaccinazione massiva avverrà spesso e facilmente nel periodo di incremento e potrà pur verificarsi all'inizio della fase di acme, divenendo eccezionale invece nello stadio di acme conclamato.

Dato che la reazione generale attraverso cui si compie l'azione terapeutica sottopone a dura prova la capacità di resistenza di tutto quanto l'organismo ed in particolare dell'apparato cardiaco, ne consegue che la vaccinoterapia massiva indicata nelle fasi iniziali di malattia, sarà solo consigliabile nello stadio di acme e nel periodo successivo, tenendo ben presente il pericolo che può costituire uno shoch vaccinico violento per un organismo già defedato o spiccatamente intossicato; pericolosa o controindicata sarà poi in quei casi ove esiste una preoccupante compromissione del rene o del fegato o del cuore o dell'apparato respiratorio, nei soggetti con temperatura elevata, nei bimbi, nei vecchi, nelle donne gravide; risulterà invece assai utile nelle complicanze più o meno lontane (colecistiti, osteiti, pleuriti, ecc.).

L'impiego delle dosi massive di vaccino è rivolto ad ottenere la cosidetta terapia abortiva della malattia, evenienza invero affatto sicura anche con dosi elevate; per cui sarà prudente iniziare la cura con dosi basse per poi gradualmente aumentarle: saggiata così l'efficacia delle reazioni iniziali si cercherà di provocare le reazioni massime con la dose minima efficace, sicuri in tal modo di non correre l'alea di un collasso che può anche riuscire esiziale con una dose eccessiva di vaccino.

I vaccini usati in pratica sono varî (vaccini semplici o polivalenti, vaccini sensibilizzati, autovaccini, ecc.), nè apparirebbe esistere una differenza essenziale nei risultati: in certo senso si identificano nella loro azione terapeutica, tenuto conto naturalmente delle differenze di attività, che sono notevoli, e della tecnica di introduzione.

Vi è comunque una sola distinzione fondamentale da porre in rilievo, quella cioè riguardante il grado di purificazione della sostanza attiva impiegata a scopo curativo. Così accanto alla vaccinoterapia bruta, che si serve di vaccini grezzi, havvi la terapia stomosinica propriamente detta che si vale invece della stomosina purificata, costituendo in effetto un metodo rigorosamente scientifico.

Le stomosine sono appunto dei vaccini depurati. La stomosina antitifo-paratifica viene preparata dagli autolisati di bacilli del tifo, del paratifo A, del paratifo B, e del b. coli, usando stipiti batterici di diversa provenienza, cui si associano derivati dagli autolisati di germi piogeni onde combattere le associazioni batteriche che si avverano di frequente nel corso dell'infezione tifoidea generando complicazioni varie, e prodotti ottenuti dalla disintegrazione dei tessuti: ne risulta così un materiale del tutto analogo a quello che spontaneamente si forma nell'organismo durante il decorso dell'infezione. La stomosina antitifo-paratifica è quindi un preparato polivalente e ad azione specifico-aspecifica, che partecipa alle caratteristiche comuni a tutti gli altri tipi di stomosina, cioè purezza del principio attivo, mancanza di tossicità e di azioni anafilattiche, dosamento preciso, rapido e completo assorbimento anche se somministrata per via endomuscolare.

Pure per la terapia stomosinica antitifo-paratifica, vige il principio di iniziare la cura il più tempestivamente possibile onde tentare di prevenire, mettendo l'organismo subito in istato di difesa, i gravi danni che l'infezione violenta apporta ai varî sistemi organici e che ledono prestamente le resistenze individuali. Tuttavia la stomosino-terapia potrà essere egualmente tentata anche nei casi avanzati e gravi e con complicanze in atto data la sua innocuità, senza però in allora avere la pretesa di ottenere quei risultati rapidi e soddisfacenti che la cura offre quando viene instaurata precocemente; basterà che il decorso ulteriore dell'infezione possa subire una attenuazione benefica.

La stomosina antitifo-paratifica viene introdotta sia per via endomuscolare che per via endovenosa. Le iniezioni endomuscolari costituiscono la via preferita per la cura; esse si praticano nelle ore mattutine, con intervalli generalmente di 24 ore ed in dosi gradatamente crescenti, iniziando con mezza-una fiala e salendo progressivamente a due fiale; nei bambini la dose iniziale sarà di un quarto di fiala, aumentando gradatamente sino ad una fiala come dose massima.

I risultati che così si ottengono sono meno netti e rapidi in confronto all'iniezione endovenosa, ma l'infezione andrà esaurendosi attraverso a piccole crisi parziali esenti da reazioni marcate, ciò che non va trascurato pensando che l'infezione decorre spesso con temperature persistentemente alte. Il trattamento stomosinico-endomuscolare è perciò ben tollerato sia dai vecchi, dai bambini in tenera età, dalle donne gravide e dai malati più defedati, e non ha controindicazioni. A-

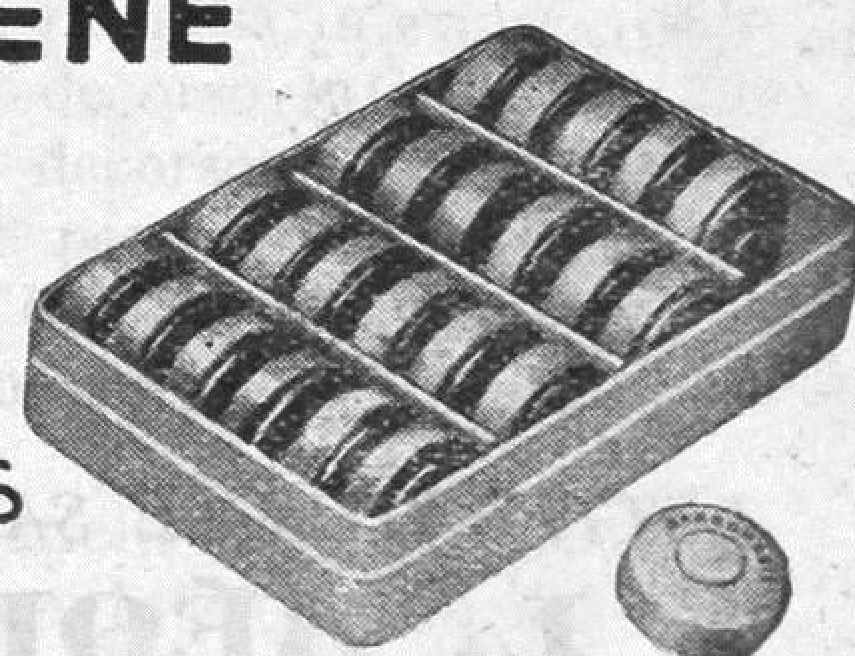
ENTERITI
INTOSSICAZIONI
FERMENTAZIONI

CARBONÉSIE

IL CUI CARBONE POLIVALENTE ASSORBE

LE TOSSINE MICROBICIDE
(COLIBACILLOSE ECC.)
LE TOSSINE ESOGENE
(ALIMENTI E BEVANDE)
LE TOSSINE ENDOGENE
(AUTO-INTOSSICAZIONI)





LA SCATOLA DI 24 CACHETS
L. 13.30

LABORATORI { G. BEYTOUT - PARIGI
UHLMANN E MANZONI - MILANO

ORO
COLLOIDALE
0.005

ARGENTO
COLLOIDALE
0.005

RODIO
COLLOIDALE
0.005

CHININA
COLLOIDALE
0,050

INIEZIONI
INTRAMUSCOLARI
INDOLORI

FIALE Isotoniche
colloidali
da 3 cm.3

GAMOSTYL
LABORATORI MARONNEAU MORREL D.ri in FARMACIA PARIGI

GAMOSTYL

DEBELLA TUTTE LE FEBBRI INFETTIVE:
tifoide - influenza
broncopolmonite
setticemia

Per campioni e letteratura: S. A. ARCHIFAR - Milano, Via Trivulzio 18

PRODOTTO ITALIANO

SEDATIVO DEL SISTEMA NERVOSO.
MEDICAMENTO REGOLATORE DEL SIMPATICO E SEDATIVO CENTRALE.

Nessun elemento tossico nella

Passiflorine

E' la prima specialità che abbia ottenuta l' associazione ***Passiflora-Crataegus*** e la sola che non contenga ***nessun tossico,***
sia vegetale (giusquiamo, oppio, ecc.)
sia chimica (derivati barbiturici, ecc.)

LETTERATURA E SAGGI:
L. BÉOLET
MILANO (133) - Via Bessarione, 1
(Approvato dalla R. Prefettura di Milano col N. 10415)

bitualmente per giungere alla apiressia bastano 5-8 iniezioni, talora però se ne richiedono di più.

L'iniezione endovenosa di stomosina invece è da praticarsi con una certa cautela tenendo presente come nel tifo l'ipotonia vasale sia costante, per cui havvi maggior probabilità che alla caduta critica e rapida della temperatura faccia seguito un collasso: quindi essa è controindicata nei casi a temperatura molto elevata, nei bimbi, negli anziani, nelle gravide, nei malati in cui vi sono serie tare cardiache e renali o che siano di già entrati nel terzo settenario, nelle enterorragie. Le iniezioni endovenose consigliate nei casi già inizialmente gravi per l'intossicazione e la adinamia spiccata presentata, si fanno cominciando con dosi di un ventesimo od un decimo di fiala, salendo successivamente ad un quinto, ad un quarto, ad un terzo di fiala, non oltrepassando però quasi mai la dose di mezza fiala.

Le iniezioni solitamente si praticano ad intervalli di 48-72 ore; talora con una sola iniezione è possibile stroncare l'infezione nel primo settenario, tal'altra si ottiene questo con due-tre iniezioni, raramente con 5-6 iniezioni.

Contemporaneamente al trattamento stomosinico si adotteranno pel tifoso tutte quelle cure igienico-dietetiche e sintomatiche abituali o che il caso in particolare di volta in volta richiedesse.

I numerosi contributi clinici circa la cura stomosinica nelle infezioni tifoidee hanno innanzi tutto messo in evidenza come la mortalità subisca con essa una rimarchevole diminuzione. In Italia la mortalità media è del 24,9 % (statistica generale), per quanto in certe epidemie oscilli fra il 12 % ed il 15 % ed in altre raggiunga il 30 % od anche più; orbene dai lavori pubblicati, quasi tutti di provenienza ospitaliera, ove il trattamento stomosinico è stato sperimentato, si rileva che per buona parte delle statistiche la mortalità scende al 3 %-4 % (Pellegrini, Braga, Giraldi, Gallichi, Comitini, Tagliaferro, Lenti, Lucidi, ecc.); oscillando tra il 5-8% in altre (Lucchetti, Pozzuoli, Castiglioni, De Vescovi, Rizzi, Garello, Furno, ecc.) e toccando il 10-12 % (Regoli, Campani, Pilloni, ecc.) in certe epidemie ove la mortalità con cure sintomatiche era del 20-30 %. Esistono poi anche statistiche così fortunate che registrano una mortalità insignificante o nulla cioè del 0-1 %-1,5 % (Pizzini, Molinari, Corradi, Ventimiglia, Polleri, Faraone, Colangeli, Muggiano; Moro, ecc.).

I dati poi che ci vengono offerti dalle osservazioni condotte comparativamente su malati della istessa epidemia sottoposti parte a cure sintomatiche o ad altre terapie e parte a cura stomosinica, non fanno altro che confermare l'efficacia del trattamento stomosinico: la mortalità infatti denunciata dai diversi AA. va da un minimo del 0,5 % ad un massimo del 12 % nei trattati con stomosina, mentre per quelli curati sintomaticamente o con altre terapie si danno indici di mortalità varianti fra un minimo del 6 % ad un massimo del 35 % (Furno, Giraldi, Rizzi, Tagliaferro, Chiabrera, Regoli, Molinari, Manetti, Colangeli, ecc.).

Solo pochi AA. avrebbero ottenuto risultati uguali (Ronchetti, Cesana) od inferiori (Ronchi, Regoli) dalla stomosinoterapia in confronto alla vaccino-terapia comune.

La più bassa quota di mortalità spetta ai trattati con stomosina per via endovenosa; infatti da una cifra del 0 % (Pizzini, Faraone, Corradi, Polleri, Secco, ecc.) si sale all'1,5 % (Molinari), al 3,5 % (Lenti), 3,30 % (Braga) e al 5 % (Garello, De Vescovi); mentre per quelli trattati per via endomuscolare dal 0% (Ventimiglia, Florio, Galliti, Colaneri, Muggiano, Moro, ecc.) si passa al 2,5 % (Lucidi), al 3,7 %-3,8 % (Tagliaferro, Pellegrini), al 4 % (Comitini), al 5-5,25 % (Pozzuoli, Lucchetti), al 7 % (Castiglioni), all'8,3 % (Rizzi, Furno), al 9,5 %-10 % (Manetti, Pilloni), all'11,5-12% (Molinari, Regoli).

Un altro dato da segnalare per l'importanza economica e sociale non trascurabile che riveste, è quello della convalescenza rapida verificatasi nei curati con la stomosina in cui il decorso della malattia è sensibilmente abbreviato, permettendo agli infermi di ristabilirsi così con ritmo più accelerato per essere in grado di riprendere la propria capacità lavorativa in un lasso di tempo più breve: diminuzione quindi delle giornate di degenza ospitaliera (Gualdi, Bajla, Rizzi, Molinari. ecc.) e minor perdita di giornate lavorative. Dall'esame complessivo dei risultati comunicati dai varî AA. su circa quattromila casi di infezioni tifoidee osservati si rileva appunto che, come media generale, nel 37,4 % si ha un decorso della malattia inferiore ai 20 giorni, nel 33,3 % un decorso inferiore ai 30 giorni e nel 25 % un decorso inferiore ai 40 giorni, con risoluzione per crisi nel 24,2 % e per lisi anticipata nel 66,3 %; i casi refrattari raggiungerebbero solo una percentuale del 5,4 %.

Con le cure sintomatiche sarebbe assolutamente eccezionale avere lo sfebbramento del tifoso prima dei 30-35 giorni. Anche la frequenza delle complicazioni, in rapporto alla

minore gravità e durata della malattia, verrebbe diminuita dalla cura stomosinica (De Vescovi, Castiglioni, Pizzini, Furno, Faraone, Pilloni, Rizzi, ecc.), soprattutto le osteomieliti, le cistiti, gli ascessi, le flebiti subirebbero tali diminuzioni, in minor grado invece le complicanze broncopolmonari che comunque possono ricevere un benefico influsso dalla cura specie nei casi trattati precocemente. Il decorso delle complicanze ritrae dalla stomosinoterapia una indiscutibile utilità (Tinozzi, Pancotto, ecc.) e così dicasi delle forme tifose a decorso torbido e protratto (Barlocco, Foà, ecc.). In quanto alle recidive non è possibile evitarle pur avendo instaurato la cura stomosinica; esse esigono un nuovo trattamento come se si fosse di fronte alla malattia primitiva.

Le dosi di stomosina usate dai diversi AA. sono variabili: così per la via endovenosa taluni si servono di dosi molto piccole varianti fra un ventesimo, un decimo di fiala negli adulti e fra un ventesimo ed un quarantesimo di fiala nei bambini, altri invece di dosi di un quarto e un quinto di fiala, e chi di mezzo, un cmc., ed anche di una fiala intera.

All'infuori della solita violenta reazione che segue all'iniezione endovenosa, non si sarebbero mai lamentati incidenti spiacevoli anche quando l'iniezione venne praticata ai bambini (Molinari, Lenti, Corradi, Pizzini, De Vescovi, ecc.). Per la via intramuscolare alcuni iniziano con mezza-una fiala per giungere poi a due, altri si mantengono costantemente alla dose di una fiala *pro die* (Castiglioni, Tagliaferro, ecc.), praticando la iniezione quotidianamente o a giorni alterni a seconda della reazione.

I risultati più brillanti conseguono all'introduzione della stomosina endovena; quasi sempre la infezione è stroncata per crisi o per rapida lisi dopo una o poche iniezioni; scarsi sono i casi refrattari. Con le iniezioni intramuscolari la risoluzione critica della malattia avviene assai più di rado, ma è però possibile (Tagliaferro, Rizzi, ecc.); in genere ha luogo per lisi rapida o lenta con reazioni febbrili evidenti mai imponenti; il decorso è abbreviato, attenuato.

***

Furno pubblicò nel 1926 uno studio sulla stomosinterapia contenente fra l'altro 126 casi di tifo curati nell'Ospedale di S. Maria Nuova di Reggio Emilia dal giugno 1921 al maggio 1923 con dodici decessi (9,5 %).

Allo scopo di portare un nuovo contributo alla terapia delle infezioni tifoidee, ho raccolto tutti i casi di infezioni tifoidee ricoverati nell'Ospedale di S. Maria Nuova di Reggio Emilia nel reparto di Medicina Generale diretto dal prof. Cesare Sormani, dal 1924 al 1934 incluso: i casi assommano complessivamente a 775, di cui 634 trattati mediante stomosina antitifica e 141 trattati sintomaticamente o con altre terapie:

Anno	Totale curati	Totale morti	Non trattati con stomosina	Morti	Trattati con stomosina.	Morti
1924	57	11	50	11 (22 %)	7	0
1925	31	7	10	3 (30 %)	21	4 (19 %)
1926	57	11	15	7 (46.6 %)	42	4 (9.5 %)
1927	52	14	8	4 (50 %)	44	10 (22.7 %)
1928	87	20	13	8 (61 %)	74	12 (16.2 %)
1929	79	15	11	5 (45.4 %)	68	10 (14.7 %)
1930	89	13	9	5 (55 %)	80	8 (10 %)
1931	72	13	10	8 (80 %)	62	5 (8 %)
1932	117	11	3	3 (100 %)	114	8 (7 %)
1933	47	3	2	1 (50 %)	45	2 (4.4 %)
1934	89	17	10	8 (80 %)	77	7 (9.09 %)
	775	135	141	63 (44.6 %)	634	70 (11.04 %)

I 634 casi trattati con lo stomosina comprendevano 459 casi con Widal positiva per il tifo, 91 casi con sieroagglutinazione positiva per il paratifo B, 4 casi con sieroagglutinazione positiva per il paratifo A, 14 casi con sieroagglutinazione positiva per il tifo e per i paratifi A e B, 30 casi con sieroagglutinazione positiva per tifo e paratifo B, 7 casi con sieroagglutinazione positiva pel tifo e paratifo A, 5 casi con sieroagglutinazione positiva per il paratifo A e B, 24 casi con sieroagglutinazione negativa.

L'epoca di entrata in Ospedale era la seguente:

nel 1° settenario	N.	161	casi
» 2° »	»	330	»
» 3° »	»	121	»
» 4° »	»	9	»
» 5° »	»	9	»
oltre il 5° »	»	4	»

Il trattamento stomosinico venne praticato esclusivamente per via intramuscolare, ad eccezione di 2 casi in cui si usò la via endovenosa.

La durata del periodo febbrile computato sin dal primo inizio della malattia in base ai dati anamnestici nei 564 casi venuti a guarigione fu varia e precisamente:

tra i 10 e 15 giorni	N.	38	casi	(6,75 %)
» 15 » 20 »	»	118	»	(20,95 %)
» 20 » 25 »	»	132	»	(23,45 %)
» 25 » 30 »	»	120	»	(21,28 %)
» 30 » 35 »	»	57	»	(10,12 %)
» 35 » 40 »	»	41	»	(7,24 %)
oltre i 40 »	»	58	»	(10,21 %)

L'esito della cura stomosinica si può così riassumere:

caduta della febbre per crisi	N.	31	casi	(4,90 %)
id. per lisi rapida	»	352		(55,66 %)
id. per lisi prolungata	»	106	»	(16,71 %)
refrattarî		45	»	(7 %)
recidive	»	30	»	(4,73 %)
morti	»	70	»	(11 %)

Dei 70 morti, 9 erano entrati in Ospedale alla fine del 1° settenario, 37 alla fine del 2° settenario e gli altri parte nel 3° e ne 4° settenario: in 50 la Widal era positiva per il tifo: in 6 la siero agglutinazione era negativa; in 7 la sieroagglutinazione era positiva per il paratifo B; in uno la sieroagglutinazione era positiva per il paratifo A; in 2 la sieroagglutinazione era positiva per il tifo e paratifo A; in 3 la sieroagglutinazione positiva per il tifo e paratifo B; in uno la sieroagglutinazione era positiva per i paratifi.

Fra le cause di mortalità si riscontrarono: 14 enterorragie ripetute, 23 broncopolmoniti, 7 miocarditi, 2 perforazioni intestinali, 6 peritoniti diffuse, una gangrena degli arti inferiori; nei rimanenti, decorso dell'infezione a tipo setticemico.

Nei 564 casi sottoposti a stomosinterapia venuti a guarigione la media delle giornate di degenza ospitaliera è stata di circa 50 giorni.

I 141 casi non trattati con stomosina comprendevano:

101 casi con sieroagglutinazione positiva per il tifo;

14 casi con sieroagglutinazione positiva per il paratifo B;

5 casi con sieroagglutinazione positiva per il paratifo A;

4 casi con sieroagglutinazione positiva per il tifo e paratifo A;

6 casi con sieroagglutinazione positiva per il tifo e paratifo B;

4 casi con sieroagglutinazione positiva per il tifo e paratifi;

1 caso con sieroagglutinazione positiva per i paratifi A e B;

6 casi con sieroagglutinazione negativa.

L'epoca di entrata in Ospedale era:

nel 1° settenario	N.	29	casi
» 2° »	»	67	»
» 3° »	»	40	»
» 4° »	»	1	»
» 5° »	»	2	»
oltre il 5° »	»	2	»

La durata del periodo febbrile computato sin dal primo inizio della malattia in base ai dati anamnestici fu: fra i 10-15 giorni N. 4 casi (5,17 %); fra 15-20 giorni N. 12 casi (15,25%); tra 20-25 giorni N. 11 casi (14,12%); tra 25-30 giorni N. 9 casi (11,53 %); tra 30-35 giorni N. 15 casi (19,29 %); tra 35-40 giorni N. 13 (16,68 %); tra 41-50 giorni N. 7 casi (8,98 %); oltre i 50 giorni N. 7 casi (8,98 %).

Le recidive si verificarono solo in 9 casi. Nei 78 casi non trattati con stomosinterapia e guariti, la media delle giornate di degenza è parimenti di circa 50 giorni.

Dei 63 morti, 11 erano entrati in Ospedale alla fine del 1° settenario, 31 alla fine del 2° settenario, 20 alla fine dal 3° settenario ed uno nel 5° settenario: in 44 la Widal era positiva per il tifo; in 4 la sieroagglutinazione era positiva pel paratifo A, in 4 pel paratifo B, in 4 pel tifo e paratifo B, in 3 pel tifo e paratifo A, in uno pel tifo e pei paratifii A e B, ed in 3 negativa. Fra le cause di mortalità si riscontrarono: 16 enterorragie ripetute, 12 broncopolmoniti, 9 miocarditi, 2 perforazioni intestinali, 6 peritoniti diffuse e nei rimanenti andamento a tipo setticemico dell'infezione.

Le alte percentuali di mortalità che abbiamo riscontrato nei casi di infezioni tifoidee non

trattati con stomosina e che vanno da un minimo del 22 % ad un massimo del 100 % con una media generale del 44,6 % appariranno certamente eccessive rispetto a quelle che di norma si verificano nelle infezioni tifoidee. Egli è che i tifosi per la maggior parte vennero spedalizzati in periodo avanzato di malattia e quando questa presentava di già un decorso grave e preoccupante, onde, anche se sottoposti subito al momento dell'ingresso alle cure opportune, non si potè influenzare beneficamente l'andamento della malattia: per cui l'eccezionalità di tale riscontro riceve con ciò una delucidazione sufficiente.

Fra tutti i 775 casi di infezioni tifoidee osservati dal 1924 al 1934 incluso, in quei pochissimi casi (trenta in tutto) nei quali la sieroagglutinazione risultò negativa, la sintomatologia ed il decorso clinico della forma morbosa furono nettamente quelli delle infezioni tifoidee.

Passando ora alle considerazioni conclusive diremo innanzi tutto che dei due casi di tifo ove la stomosina fu iniettata in vena, uno venne a guarigione per lisi rapida dopo 3 iniezioni di un quarto di fiala fatte a distanza di 48 ore. L'altro invece malgrado l'intervento per via endovenosa non subì nessuna influenza benefica ed ebbe esito infausto.

In tutti i restanti 632 casi; la stomosina fu usata per via intramuscolare anche in considerazione del fatto che buona parte degli ammalati viene spedalizzata alquanto in ritardo. Le iniezioni si praticarono o quotidianamente o con intervalli di uno-due giorni secondo la reazione; la dose iniziale fu per gli adulti di mezza fiala aumentando poi gradatamente sino a due fiale per volta, e per i bambini di un quarto di fiala, sino a tre quarti, una fiala, come massimo; talora si manteneva la dose di una fiala per diversi giorni consecutivi. In media si impiegarono 7-8 fiale di stomosina per malato; non si ebbero a lamentare inconvenienti di sorta; la reazione febbrile quasi sempre vivace, anche di 2 gradi e più, fu accompagnata da brivido e da senso di nausea solo in pochi casi. Tutti i pazienti sopportarono bene la cura comprese le dieci gravide di cui 5 portarono a termine la gravidanza, 4 abortirono ed una sola venne a morte.

In un gruppo limitato di casi si potè ottenere, dopo due-tre iniezioni, la caduta della temperatura per crisi, cui seguiva miglioramento evidente delle condizioni generali e rapido avviamento alla convalescenza. Nella maggioranza dei casi però si raggiunse l'apiressia per lisi, in modo rapido in 352 malati, e con caduta lenta in 106: in entrambe le evenienze si avvera un graduale e parallelo miglioramento delle condizioni generali, il sensorio si fa più libero, l'urinazione più abbondante, la lingua si deterge.

Abbiamo poi un determinato numero di casi nei quali il trattamento stomosinico non ha esercitato veruna influenza o scarsissima, anche se furono iniettate 10-15 o più fiale di medicamento: in genere comprende o malati andati incontro a complicazioni (polisierositi, pleuriti, polmoniti, bronchiti gravi, ecc.) che mascherano col loro decorso l'andamento dell'affezione primitiva, od altri malati giunti in Ospedale oltre il 3°-4° settenario in istato di tossicosi spiccata e notevolmente defedati. Qualche caso però anche se trattato precocemente, non si giovò in alcun modo della cura. Le recidive e le complicanze vennero beneficamente influenzate dalla cura stomosinica.

La mortalità che abbiamo registrato nei tifosi sottoposti alla stomosinterapia è stata dell'11,04 %, di molto inferiore alla percentuale del 44,6 % nei non trattati con stomosina.

Nei confronti delle complicazioni più importanti (broncopolmoniti, enterorragie), si è notata una azione benefica della cura stomosinica: infatti si è avuta una percentuale del 7,5 % per le broncopolomoniti e del 7,09 % per le enterorragie nei casi trattati con stomosina, di fronte rispettivamente ad una percentuale dell'11,3 % e del 13,4 % nei non trattati.

Anche le recidive sono state in minor numero nei malati curati con stomosina, cioè del 4,7 % in confronto ad una percentuale del 6,3 % negli altri.

Il fatto poi di aver ottenuto la risoluzione della malattia entro i 20 giorni nel 24,5 % e fra i 20-30 giorni nel 39,74 % dei casi, è un dato più che eloquente circa l'efficacia e la rispondenza della stomosinoterapia, tanto più se si considera come i tifosi giungano in Ospedale prevalentemente in periodo inoltrato di malattia e nella maggioranza dei casi comprendano forme gravi. Nei non trattati con stomosina si ebbe l'apiressia entro i 20 giorni nell'11,34 % ed entro i 30 giorni nel 14 % dei casi.

Come abbiamo già osservato, la innocuità della stomosinoterapia per via intramuscolare ci ha permesso di applicarla nei vecchi, nei bimbi, nei cardiopatici, nelle gravide, nelle forme gravi, ecc.; diremo anzi che su 131 bambini dell'età da uno a dieci anni si ebbe appena una mortalità del 6,1 % e che su 8 infermi con cardiopatie concomitanti, di cui 2

in lieve scompenso, si ebbe un solo decesso. Anche nelle forme gravi, disperate, si è tentato l'intervento con la stomosina e talora con successo.

Certo non bisogna cullarsi nell'idea e nella speranza che il tifoso sottoposto alla stomosinterapia non abbisogni di altra terapia; il tifoso reclama invece una assistenza ed una sorveglianza oculata; tutte le norme igienico-dietetiche ed i sussidi terapeutici sintomatici che la medicina suggerisce e che le circostanze richiedono, debbono essere messe in opera onde efficacemente affiancare l'azione del trattamento fondamentale. Soltanto così sarà possibile anche nei casi più gravi portare non infrequentemente il paziente a guarigione.

RIASSUNTO

L'A. riferisce sui risultati ottenuti in 775 casi di infezioni tifoidee osservati dal 1924 al 1934 incluso nell'Ospedale di S. Maria Nuova di Reggio Emilia.

Di essi, 634 furono trattati con stomosina antitifo-paratifica per via endomuscolare e la mortalità media risultò dell'11,04 %; gli altri 141 casi trattati sintomaticamente o con altre terapie, diedero una mortalità media del 44,6 %.

BIBLIOGRAFIA.

AVECONE. *Influenza delle stomosine sull'indice opsonico del sangue.* Rassegna Clinico-Scientifica, n. 1, 1926.

AZZI-MUGGIA. *Ricerche comparative sulle proprietà immunizzanti del vaccino alla Wright e della stomosina corrispondente.* Archivio Biochimico Italiano, nov. MCMXXIX, fasc. 3.

AZZI. *Sul valore specifico dell'azione immunizzante del vaccino antistafilococcico alla Wright e della stomosina corrispondente.* Ibid., fasc. 1, febbraio 1931.

BAJLA. *L'ileotifo.* Ibid., Milano, 1926.

BISBINI. *Patogenesi e terapia della febbre tifoidea.* Riassunto delle lezioni del prof. BARLOCCO. Riforma Medica, n. 26, 1926.

BETTUZZI. *Osservazioni cliniche e risultati terapeutici in un gruppo numeroso e recente di infezione tifoidea.* Notiziario di diagnostica e terapia, n. 7-8, 1933.

BRAGA. *Contributo alla stomoterapia della tifoide.* Bollettino Soc. Medica, Parma, n. 1, anno XV.

CAMPANI. *La terapia tifica e paratifica con le stomosine.* Rass. Clin. Scient. I.B.I., n. 5, 1924.

CASTIGLIONI. *Risultati della stomo-terapia nella cura delle febbri tifoidee.* Rass. Clin. Scient., n. 8, 1933.

CAVINA. *L'influenza della stomosina endovenosa sulla formula leucocitaria.* Riforma Medica, n. 29, 1929.

ID. *La formula leucocitaria durante la terapia stomosinica antitifica.* Ibid., n. 92, 1931.

CENTANNI. *Untersuchungen über das infection fieber. Das Fiebergift der batterien.* La Riforma Medica, 1893; Deut. Med. Wochenschrift, 1894.

ID. *Die spezifische immunisation der elemente der gewebe.* Deut. Med. Wochenschrift, 1893.

CENTANNI e BRUSCHETTINI. *Sui vaccini polivalenti ecc.* La Riforma Medica, 1895.

CENTANNI. *La depurazione dei vaccini a scopo curativo.* Il Policlinico, Sez. med., 1896.

ID. *Les stomosines, nouveaux produits immunisants.* Arch. Ital. de biologie, 1897.

ID. *Sui vaccini depurati (Stomosine).* La Riforma Medica, 1897, 1902.

ID. *Sul valore immunizzante dell'infiltrato locale nelle malattie infettive.* Gazzetta degli Ospedali, 1898.

ID. *Sui prodotti tossici secondari nelle infezioni.* Riforma Medica, 1898.

ID. *Trattato di immunologia.* Edit. Libraria, Milano, 1921.

ID. *Sulla natura chimica del principio attivo della vaccinoterapia.* Comunic. R. Acc. Lincei, 18 marzo 1923.

CHIABRERA. *Contributo allo studio della proteinoterapia.* La Clinica Pediatrica, n. 12, 1922.

CHIADINI. *La vaccinoterapia nel tifo addominale.* Riforma Medica, n. 23, 1927.

COLANGELI. *Il tifo in alcune zone del basso Lodigiano.* L'Umbria Medica, n. 11, 1933.

COLANERI. *Le stomosine nella cura della febbre tifoidea.* Gazzetta internaz. Med. Chirurg., n. 12, 1927.

COMITINI. *Le stomosine nella cura delle varie infezioni.* Rivista Sanitaria Siciliana, n. 1, 1926.

CONCA. *Contributo alla stomoterapia.* La Medicina pratica, n. 6, 1925.

CORRADI. *La stomosinoterapia nel tifo addominale.* Rass. Clin. Scient. I.B.I., n. 2, 1923.

CREMA. *La protezione immunitaria contro le infezioni delle ferite.* Ibid., n. 3, 1925.

DE VESCOVI. *La stomoterapia del Centanni nelle infezioni tifose.* Boll. Ass. Med. Triestina, 1921-1922.

ID. *Trecento casi di tifo e paratifo curati con la stomosina antitifo-paratifica.* Comun. al XXIX Congresso Italiano di Medicina Interna, 1923.

DE RUBEIS. *Contributo clinico alla vaccino- ed eteroproteinoterapia delle infezioni tifoidee.* Stab. Tipogr. Estense, Ferrara, 1927.

DI CRISTINA. *Infezione tifoidea.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 19, 1926.

DI POGGIO. *Stomosinoterapia e tifo.* Medicina nuova, n. 23, 1928.

FAGIUOLI. *Considerazioni sulla terapia endovenosa nel tifo.* Riforma Medica, n. 14, 1916.

FARAONE. *Le stomosine nella terapia del tifo e paratifo.* Rass. Clin. Scient. I. B. I., 7, 1925.

ID. *La stomosinoterapia antitifo-paratifica.* Il Fracastoro, n. 7, 1932.

FLAMINI. *Le stomosine nella cura di alcune malattie infantili.* La Clinica Pediatrica, n. 2, 1923.

FLORIO. *La stomosinoterapia nella febbre tifoidea.* Rass. Clin. Scient. I. B. I., n. 8, 1923.

FOÀ. *Setticemia tifica a decorso protratto.* La Pediatria. n,7, 1930.

FURNO. *Sette anni di stomosinoterapia.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 10, 1926.

GALASSO. *L'azione specifica delle stomosine nell'infezione tifica.* Medicina Nuova, n. 12, 1924.

GALLICHI. *La stomosinoterapia nel tifo e paratifo.* Pensiero Medico, n. 10, 1926

GARELLO. *Contributo clinico alla stomoterapia.* Rassegna Clin. Scient., I. B. I., n. 5, 1925.

GILARDONI. *Applicazioni pratiche della stomoterapia.* Rivista di Immunologia e scienze affini. n. 1.

GIRALDI. *Nuovo contributo alla terapia stomosinica nel tifo e paratifo.* Pensiero Medico, n. 20, 1925.

ICHIKAWA. Zeitschr. Für Immunitästsf. Orig. vol. 23, fasc. I.

KRAUS. Wiener Klin. Wochenschr., n. 2, 1915.

LUCANGELI. *Importanza prognostica della diazoreazione nel tifo.* Atti del 31° Congresso della Soc. Ital. di Medic.

LUCCHETTI. *La terapia antitifica nella pratica medica.* Rinnov. Med., agosto 1933.

LUCIDI. *Ottanta casi di tifo curati con la stomosina antitifica.* Umbria Medica, n. 43, 1924.

LÜDKE. Müunch. Med. Wochenschr., 1915.

MANETTI. *Osservazioni sulla stomoterapia del tifo.* Rivista Ospedaliera, fasc. V, 6-1925.

MAURIZIO. *La cura dei diversi vaccini nel tifo.* Il Monitore Medico, n. 11, 1927.

MICHELI e QUARELLI. *Bacterio terapia ed eterobatterioterapia nel tifo.* Riv. Crit. di Clin. Medica, n. 18, 1918

MOLINARI. *Osservazioni sui risultati della terapia immunitaria nel tifo.* Giornale Medico dell'Ospedale Civile di Venezia, n. 3, 1930.

ID. *Ulteriori osservazioni sui risultati della terapia immunitaria nel tifo.* Giornale Veneto di Scienze Mediche, n. 8, 1931.

ID. *La stomosinoterapia endovenosa sulla cura del tifo.* Giornale Veneto di Scienze Mediche, n. 10, 1931.

MORO. *La stomosinoterapia nella pratica infantile.* La Pediatria, n. 3, 1926.

MOROSI. *Comportamento della formula ematologica nella terapia delle stomosine.* Rivista Ital. di Terapia, n. 1, 1928.

MUGGIANO. *Note di terapia antitifica.* Il Fracastoro, n. 5, 1933.

MÜLLER. Wiener Klin. Wochenschr., n. 9, e 27, 1916; Med. Klin., n. 18 e 28, 1918.

PANCOTTO. *Un caso di meningo tifo curato con la stomosina.* Pensiero Medico, n. 31, 1934.

PANTALEONI. *La cura del tifo addominale col vaccino specifico.* Folia Medica, n. 15, 1922.

PELLEGRINI. *Contributo allo studio dell'immunoterapia.* Giornale di Medicina Militare, n. 6, 1926.

PENDE. Trattato sintetico di Patologia e Clinica Medica, vol. 3.

PENSUTI. *Vaccinoterapia antitifica.* Policlinico, Sez. Prat., n. 50, 1913-1914; n. 13, 1915; n. 2, 1917.

PILLONI. *La terapia specifica nel tifo.* Rass. Clin. Scient. I. B. I., n. 7, 1930.

PIZZINI. *Quattrocento casi di malattie infettive curati con le stomosine.* Rassegna Clin. Scient., I. B. I., n. 6, 1926.

POLLERI. *Contributo alla conoscenza della terapia del tifo con le stomosine.* Pensiero Medico, n. 14, 1926.

POZZUOLI. *La stomosinoterapia nelle infezioni tifo paratifiche.* Il Monitore Medico, n. 21, 1927.

REGOLI. *Osservazioni sui casi di tifo passati nell'Ospedale durante gli anni 1923-1926.* La Clinica Med. Ital., fasc. 1 e 2, 1930.

RICOZZI. *Comportamento delle ossidasi leucocitarie negli animali trattati con sostanze proteiniche, con stomosine e con vaccini.* Il Morgagni, n. 22, 1928.

RIZZI. *Contributo alla vaccinoterapia del tifo con la stomosina antitifica.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 30, 1930.

RONCHETTI e CESANA. *Rivedendo 1720 cedole di forme tifoide.* L'Ospedale Maggiore, 1928.

RONCHI. *Contributo clinico alla vaccinoterapia specifica ed aspecifica.* La Pediatria, n. 7, 1924.

ROSSI. *La diatesi sanguigna nella proteinoterapia.* Liguria Medica, n. 3, 1928.

ID. *Le forme atipiche di febbre tifoidea.* Medicina Nuova, n. 13, 1932.

SAXL. Wiener. Klin. Wochenschr., 1916.

SECCO. *Le stomosine nella cura del tifo.* Medicina Nuova, n. 20, anno XIV.

TAGLIAFERRO. *La stomosinoterapia antitifica.* Bollettino Ass. Med. Triestina, fasc. 2, 1933-1934.

ID. *Dieci anni di terapia stomosinica antitifica.* Rassegna Clin. Scient. I. B. I., n. 6, 1934.

TEDESCHI. *La terapia stomosinica nelle malattie infettive.* Rass. Clin. Scient. I. B. I., n. 8, 1923.

TINOZZI. *Contributo alla cura immunitaria delle lesioni post-tifiche.* Annali Ital. di Chirurgia, n. 8, 1923.

TORRESINI. *Contributo allo studio della pressione arteriosa del tifo.* Giornale veneto di Scienze Mediche, vol. VIII, anno 1934.

VENTIMIGLIA. *La stomoterapia nel tifo addominale.* Tip. Città di Castello, 1924.

WEICHARDT. Rassegna Clinico-Scientifica I. B. I., n. 5, 1927.

SUNTI E RASSEGNE

IMMUNOLOGIA.

Immunità e premunizione.

(E. SERGENT e L. PARROT. *Ann. de l'Inst. Pasteur,* ottobre 1935).

Quando un organismo è guarito di un primo attacco di una malattia infettiva esso oppone ad ogni nuova contaminazione una resistenza che si chiama immunità. Gli AA. vogliono dimostrare che vi sono due sorta di immunità acquisita e che conviene designarle con termini differenti. Questa distinzione permetterà di scartare certe speranze chimeriche, di spiegare gli insuccessi di vecchi tentativi di immunizzazione e di suggerire delle ricerche in vista di nuovi metodi di vaccinazione.

L'evoluzione di una prima infezione comprende tre momenti principali: la penetrazione del microbo nell'organismo o contaminazione, l'accesso più o meno acuto che ne risulta o crisi, la guarigione o scomparsa totale non solo dei sintomi morbosi ma anche dei microbi aggressori. Fra questi tre momenti esistono due stadi durante i quali l'infezione cova e resta latente: essi sono l'incubazione o *fase procritica,* fra la contaminazione e l'accesso acuto, e la *fase* che si può chiamare *metacritica,* fra l'accesso acuto e la guarigione. Ogni malattia infettiva comporta una fase d'incubazione procritica, di durata variabile; ma solo le malattie infettive croniche possiedono una fase latente metacritica. Ora, l'immunità presenta caratteri differenziali secondo l'esistenza o l'assenza di questa

fase metacritica fra accesso e guarigione. È pertanto interessante precisare la natura e le modalità dell'infezione latente metacritica.

L'esistenza o l'assenza di una fase di infezione latente nel corso di una malattia infettiva dipende da un carattere specifico dei microbi patogeni: la loro compatibilità o incompatibilità con l'organismo che attaccano.

La vita di certi microbi patogeni (morbillo, scarlattina, vaiolo, ecc.) è incompatibile con la vita dell'organismo infettato: essi uccidono o sono uccisi. Quando l'organismo trionfa, la guarigione segue immediatamente la fine dell'accesso acuto: non vi è infezione latente metacritica. La reazione dell'organismo è tanto forte da produrre un eccesso di anticorpi che provocano la immunità.

Al contrario, la vita di altri microbi patogeni (sifilide, tubercolosi, brucellosi, malaria, spirochetosi, ecc.) è compatibile con quella dell'organismo attaccato; l'accesso di prima invasione, se non determina la morte dell'organismo, porta ad una sorta di compromesso fra il microbo e il suo ospite, che arrivano a tollerarsi reciprocamente. Il parassitismo diviene allora una sorta di simbiosi, il parassita sopravvive al rallentatore; l'infezione latente metacritica si installa e non cessa che dopo lungo tempo, per azione macrofagocitaria. La guarigione, non essendo la conseguenza di una reazione pronta ed energica dell'organismo, non si accompagna a formazione di anticorpi abbondanti e non lascia quindi immunità: una reinoculazione può provocare una recidiva.

Bisogna dunque abbandonare la speranza di ottenere una vera immunità contro la reinoculazione dopo la guarigione delle malattie a infezione latente. Ma, *finchè dura l'infezione latente*, ogni nuova aggressione da parte di un virus della stessa specie urta contro una resistenza: i due virus non si sommano, il posto resta al primo occupante, che esclude il secondo.

A questo stato particolare di resistenza, contemporaneo all'infezione e che cessa con essa, gli AA. hanno dato con A. Donatien, nel 1924, il nome di *premunizione* per distinguerlo dallo stato refrattario consecutivo alla guarigione delle malattie infettive acute, dall'immunità vera. La premunizione rappresenta, in qualche modo, il risultato di una « auto-microbioterapia permanente » che sollecita continuamente le difese organiche. Il sistema reticoloendoteliale è tenuto senza posa sulla breccia dal fatto stesso della persistenza dei germi nell'economia.

Una terza categoria di infezioni infine, quella dovuta ai piogeni, non comportano nè immunità nè premunizione.

Una conclusione pratica deriva da queste considerazioni. Contro le malattie a infezione latente, di cui la guarigione non è mai seguita da immunità vera, noi dobbiamo rinunciare a una vaccinazione immunizzante e dobbiamo cercare di premunire. La premunizione artificiale ha per oggetto di rendere l'organismo ribelle alle surrinfezioni grazie ad una primo-infezione provocata benigna. Per premunire bisogna dunque infettare; i virus-vaccini devono essere viventi. Grande differenza dunque con l'immunità vera che si può conferire con vaccini uccisi, o con tossine o con estratti batterici.

Un altro carattere che distingue la premunizione dalla immunità è che, nelle malattie a premunizione il siero non contiene mai anticorpi in quantità notevole e la sieroterapia non dà risultati favorevoli: sifilide, tubercolosi, malaria, piroplasmosi tripanosomiasi ecc.

Un inconveniente della premunizione artificiale è di creare nuove riserve di virus; da ciò derivano due regole pratiche: non applicare la premunizione con virus-vaccini a virulenza instabile che nei paesi dove il male già esiste; di preferenza cercare di ottenere dei virus-vaccini che non siano contagiosi (è quello che si è ottenuto con il B.C.G., e per il virus vaccino contro la teileriosi bovina nord-africana).

Alcuni esempi metteranno in luce i caratteri distintivi delle malattie a premunizione: resistenza alla surrinfezione e assenza di resistenza alle reinfezioni dopo la guarigione, e dimostreranno che si possono istituire dei procedimenti di premunizione artificiale, di vaccinazione premunitiva.

Malaria. L'osservazione clinica e l'esperimento dimostrano che i portatori di Plasmodium resistono alle surrinfezioni. La resistenza alla malaria degli indigeni di un paese infetto è un esempio di premunizione acquisita dall'infanzia e mantenuta dalle reinoculazioni animali.

Se l'infezione guarisce, il soggetto, nuovamente contaminato, fa un accesso di malaria acuta normale e può presentare un accesso pernicioso. La malaria presenta dunque nettamente il doppio carattere delle malattie a premunizione.

Tutti i tentativi di vaccinazione con Plasmodium o con estratti cellulari sono falliti e così tutti i tentativi di sieroterapia. Al contrario, i virus-vaccini viventi permettono di conferire a soggetti nuovi una premunizione efficace. Sperimentalmente la vaccinazione premunitiva è facile ad ottenere e si può controllarla con la somministrazione opportuna di medicamenti antimalarici.

In medicina umana si è riconosciuto che è vantaggioso, per i soggetti destinati a vivere in paesi a malaria endemica, in cui il rischio delle reinoculazioni è grande, di acquistare e di conservare la premunizione. È preferibile che il malarico conservi una infezione latente. È per questo che la Commissione della Malaria della Società delle Nazioni nel suo terzo rapporto generale indica l'interesse di non

sopprimere completamente, nel trattamento della malaria, l'infezione, per permettere al meccanismo di difesa dell'organismo di restare in attività costante e di svilupparsi progressivamente. Non bisogna guarire troppo presto e troppo completamente il malarico chiamato a vivere in ambiente infetto.

Piroplasmosi. Le piroplasmosi, dovute ad ematozoari dei generi Piroplasma, Bebesiella, Theileria, Anaplasma presentano il tipo delle malattie a premunizione, contro le quali non è possibile alcuna vaccinazione immunizzante mentre i procedimenti di vaccinazione premunizzante rendono grandi servigi. Nell'Africa del Nord la vaccinazione premunizzante dei bovini contro le quattro piroplasmosi patogene del paese è entrata nella pratica da più di 11 anni. Uno dei virus-vaccini, quello della theileriosi bovina, risolve ottimamente il problema di dare al vaccinato una infezione reale, necessaria allo stabilirsi della premunizione, senza creare una nuova riserva di virus.

Tripanosomiasi. Le tripanosomiasi hanno il carattere delle malattie premunizzanti, per quanto non si possa escludere che, in certi casi, una vera immunità segua alla premunizione. Praticamente, i tripanosomi patogeni sono giustiziabili con la premunizione e non con la immunizzazione. Gli AA. citano, a titolo di esempio, la premunizione artificialmente conferita contro la tripanosomiasi dei dromedari dell'Africa del Nord, il debab. Si inocula un virus di infezione latente e poi si taglia l'accesso di prima invasione con un medicamento appropriato senza cercare di ottenere la sterilizzazione dell'organismo.

Tubercolosi. È noto come, secondo la legge di Marfan, una infezione locale impedisse molto spesso lo sviluppo ulteriore di una tubercolosi generalizzata. La presenza di alcune unità microbiche viventi basta anche (infezione senza malattia) a creare nell'organismo uno stato refrattario alla surinfezione. Le ricerche di Calmette e Guérin hanno confermato sperimentalmente la legge di Marfan.

Sono noti i numerosi tentativi di vaccinazione e di sieroterapia contro la tubercolosi risultati vani. Tutti questi insuccessi si spiegano con il fatto che la tubercolosi non è una malattia ad immunità, ma è una malattia a premunizione. Calmette e Guérin hanno risolto il problema della vaccinazione antitubercolare con il loro vaccino premunizzante B.C.G., inoffensivo per il soggetto vaccinato e per la collettività.

Enterite paratubercolare dei bovini. È una malattia che, per la sua natura e la sua evoluzione, richiama la tubercolosi. Come questa è giustiziabile con la premunizione.

Sifilide. Dall'inizio del periodo secondario la recettività del soggetto portatore di sifilide alle reinoculazioni scompare. Le surinfezioni autentiche sono eccezionali nel corso di una sifilide in evoluzione. Al contrario, ogni individuo completamente guarito di sifilide ridiventa sensibile ad una nuova contaminazione. La sifilide offre dunque i caratteri di una malattia a premunizione. Questo spiega perchè tutti i tentativi per preparare sia un siero antisifilitico efficace sia un vaccino non contenente virus vivente siano falliti. La vaccinazione antisifilitica non potrà essere realizzata che con un virus-vaccino vivente, di cui si sia ottenuta l'attenuazione certa e definitiva e che abbia cessato sicuramente di essere contagioso.

Brucellosi. La febbre ondulante dovuta a Brucella melitensis Brucei può recidivare nell'uomo e nella capra, ma la capra portatrice di una infezione cronica resiste alle surinfezioni. D'altra parte, è noto che la vacca contaminata per la prima volta con Brucella abortus Bang, agente dell'aborto epizootico, abortisce al suo primo parto ma, una volta divenuta cronica l'infezione, le nuove infezioni non hanno effetto, l'aborto non si verifica più. Queste nozioni comportano delle conseguenze pratiche. Solo i vaccini viventi possono premunire contro le brucellosi, come dimostrano i procedimenti entrati già nella pratica per la vaccinazione contro l'aborto epizootico delle vacche.

In conclusione, la distinzione fra malattie che comportano immunità e malattie che comportano premunizione non presenta solo un interesse di ordine teorico ma, come gli esempi dimostrano, offre un interesse pratico immediato per la medicina preventiva.

C. TOSCANO.

Immunità e recidive nelle malattie infettive dell'infanzia.

(P. RYHINER. *Schweiz. med. Wochens.*, 31 agosto 1935).

Si legge nei trattati che la maggior parte delle malattie infantili, fatta eccezione dell'influenza, dell'eresipela e della polmonite, lascia un'immunità che dura per tutta la vita. L'A., dall'osservazione di 5000 casi osservati personalmente nel periodo dal 1919 al 1935, arriva alle seguenti conclusioni.

L'immunità nella parotite epidemica e nella varicella è molto solida e non si è mai osservato un caso di recidiva; per la parotite epidemica, sono frequenti gli errori con ingorghi ghiandolari.

Buona è pure l'immunità nel morbillo; l'A. ha osservato soltanto l'1 per 1000 di recidive. Più frequenti sono queste nella scarlattina (3 %) e così pure nella pertosse; non rare sono anche nella difterite.

fil.

Allergia nelle cefalee del tipo emicranico.

(J. N. STELDON e T. G. RANDOLPH. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, agosto 1935).

Non è ancora chiara la causa delle cefalee di tipo emicranico (che si accompagnano a

nausea, vomito e disturbi visivi). Solo recentemente comparvero i primi lavori che prendevano in considerazione il fattore allergico.

Gli AA. studiarono 127 casi, in cui la cefalea era sempre frontale. Nel 61,4 % dei casi la cefalea era unilaterale, nel 26 % bilaterale; nel rimanente 12,6 % non si tenne conto della localizzazione nei riguardi del lato colpito. La frequenza degli attacchi variava da 7 giorni a 3 mesi con media di 18 giorni e, per la durata degli attacchi si ebbero variazioni da 1 ora a 7 giorni, con una media di 42 ore.

Da questo studio furono esclusi i casi con alterazioni sinusali, con vizi di refrazione. In tutti i casi studiati furono fatte le intradermoreazioni col metodo di Coca con 96 estratti alimentari.

La cefalea era insorta prima del 16° anno di età nel 58 % dei casi. Nell'81,6 % c'era allergia in famiglia (58,4 % con allergia materna, 33,6 % con allergia paterna e 16,8 % con allergia di entrambi i genitori). Emicrania fu pure trovata nel 68 % delle famiglie.

Stabilite le sostanze per le quali c'era reazione allergica, queste sostanze furono eliminate dalla dieta. I risultati furono i seguenti: nel 18,2 % dei casi si ebbe guarigione completa, nel 20 % dei casi risultato ottimo, nel 14,3 % buono, nel 13 % leggero e nel 33,7 % nullo.

R. Lusena.

ORGANI DIGERENTI.

Il duodeno instabile o irritabile.

(J. Friedenwald e M. Feldmann. *Journal Am. Medic. Assoc.*, n. 26, vol. 103).

Le nostre conoscenze sulla patologia del duodeno sono in questi ultimi anni molto progredite. A parte l'ulcera, la cui diagnosi ora si fa con sufficiente facilità, altre condizioni morbose del duodeno sono state bene identificate dal punto di vista anatomico e clinico, quali la duodenite, la periduodenite, le aderenze pericolecistiche, la stasi duodenale continua e intermittente, l'occlusione e le anomalie morfologiche.

Ma oltre che da affezioni di natura organica il duodeno può essere la sede di disturbi funzionali come l'irritabilità o instabilità dovuta ad uno squilibrio dell'apparato neuromuscolare del duodeno che determina disfunzione motoria ed in qualche modo anche di quella secretoria.

Come ha messo in evidenza Sensenich la motilità del duodeno può essere disturbata in conseguenza di azioni meccaniche, chimiche, allergiche, nervose o riflesse.

Le cause meccaniche dell'instabilità duodenale sono le aderenze e le compressioni. Al riguardo le aderenze più importanti sono quelle conseguenti alla colecistite cronica, quelle tra il duodeno e la scissura epatica, e quelle dipendenti da visceroptosi o consecutive ad atti operativi. La pressione sul duodeno può essere esercitata da deformità vertebrali, da tumori addominali specie quelli del pancreas, e dalla ptosi del rene destro.

Le cause chimiche consistono in alterazioni della secrezione gastrica, dal rigurgito della bile e del contenuto duodenale nello stomaco.

Le cause allergiche sono quelle stesse che sogliono produrre altri disturbi gastro-intestinali.

Il sistema nervoso ha una notevole importanza nella produzione dell'irritabilità duodenale. Questa può verificarsi in individui eretistici in occasione di eccesso di fatica mentale o di emozioni. Suole essere accompagnata da altri disturbi nervosi: cefalea, palpitazioni, insonnia, depressione.

Una delle cause più comuni è quella riflessa. Il duodeno irritabile suole accompagnare lesioni infiammatorie o non di organi vicini o lontani, la colecistite cronica, la colelitiasi, l'ulcera gastrica, l'appendicite cronica, la visceroptosi.

I sintomi del duodeno instabile non sono molto caratteristici, e sono molto analoghi a quelli della duodenite, dell'ulcera duodenale, della colecistite, dell'appendicite e di altre affezioni addominali. Con la duodenite o la sindrome da ulcera duodenale ha comune l'ipercloridria, il malessere ed il dolore dopo i pasti. Con la colecistite e l'appendicite ha talvolta di comune il dolore alla pressione rispettivamente dell'ipocondrio destro ed al quadrante inferiore destro dell'addome.

Alcune volte la sintomatologia è atipica ed il paziente lamenta diminuzione dell'appetito, nausea, vomito, senso di pena all'epigastrio e cefalea. Il dolore addominale non è abituale, comunque è sempre leggero.

Per lo più c'è stitichezza, non di rado interrotta da periodi di diarrea.

Lo stato generale risente dall'incapacità dell'individuo di nutrirsi sufficientemente: c'è quindi perdita di peso ed astenia.

Si hanno comunemente sintomi neurastenici: stanchezza, depressione, insonnia, irritabilità, malessere, cefalea e vertigini.

I disturbi dipendenti dal duodeno instabile possono sopravvenire a crisi di varia durata, con fasi di accalmia più o meno lunghe.

Spesso la condizione è accompagnata da cardiospasmo, pilorospasmo, gastrospasmo e colite spastica.

L'esame del succo gastrico può dimostrare un'acidità aumentata, normale o diminuita.

In base ai soli sintomi è difficile formulare la diagnosi. Questa deve essere sospettata ogni qual volta in individui neuropatici si presentano disturbi non abbastanza netti di ulcera duodenale, di colecistite o di appendicite.

In ogni caso la diagnosi può essere formulata solo fondandosi sul reperto radiologico che è caratteristico: 1) aumento della motilità del duodeno con svuotamento completo o

incompleto; 2) irregolarità transitoria e fibrillazione dei margini; 3) manifestazioni spastiche transitorie; 4) dolenzia alla pressione del duodeno; 5) assenza di segni di ulcera.

Il trattamento dell'instabilità del duodeno deve tendere a normalizzare il tono di questa parte dell'intestino mediante una nutrizione adeguata, il riposo ed il miglioramento delle condizioni nervose generali.

Devono essere proibiti l'alcool e tutti gli alimenti eccitanti ed irritanti, nonchè i lassativi.

Gli alimenti devono avere un alto contenuto nutriente e vitaminico senza essere ingombranti.

Talvolta si può rendere necessario l'assoluto riposo a letto per qualche settimana.

Nei casi gravi si può praticare il lavaggio e l'alimentazione duodenale con la sonda.

Quando la condizione rappresenta il riflesso di ulcera gastrica, appendicite cronica, colecistite o di aderenze s'impone l'intervento chirurgico.

Quando c'è ipercloridria giovano gli alcalini. La belladonna o l'atropina calmano efficacemente lo spasmo, ed a tale scopo giovano anche le applicazioni fredde locali.

DR.

La gastrite acuta nell'infanzia.

(WILH. RÜTIMEYER. *Schweiz. med. Wochens.*, 31 agosto 1935).

La consueta gastrite acuta che si manifesta oltre il primo anno di età, una volta fatta la diagnosi differenziale, non offre difficoltà per il trattamento nè preoccupazioni pronostiche. Non raramente, però, sui 2-4 anni, eccezionalmente anche nell'età scolastica, si hanno delle forme gravi, che richiedono l'intervento del medico. Il sintoma principale è il vomito tormentoso, che si ripete continuamente, specie ad ogni tentativo di ingerire qualche cosa, magari soltanto un po' di acqua o di tè. Il bambino è di malumore, senza appetito, rifiuta ogni cosa, è esaurito e può anche avere un certo grado di intontimento (coma dispeptico). La temperatura generalmente è normale, raramente aumentata, la defecazione mantenuta. I bambini più grandicelli si lamentano di dolori alla parte superiore dell'addome, di forte malessere, spesso di vertigini e di cefalea.

Dal punto di vista anamnestico, si viene a sapere che tale stato si è iniziato improvvisamente con vomito, il quale conteneva residui di cibo del giorno avanti o di pasti precedenti e per lo più si viene a conoscere qualche errore dietetico. L'esame del vomito o del contenuto gastrico estratto con la sonda fa riconoscere la presenza di residui di cibo non chimificati e di abbondante muco. Il succo gastrico non filtra ed ha spesso acidità bassa. I segni di insufficienza motoria dello stomaco sono evidenti (vomito dopo 12 ore) e tutto indica trattarsi di gastrite acuta.

Nell'urina, e talora anche nel fiato, odore di acetone.

Questa forma grave di un disturbo generalmente banale può presentarsi di primo acchito oppure dopo qualche giorno, sicchè i familiari come pure il medico possono pensare a qualche altra malattia.

Importante è il reperto di acetone nell'urina (prova di Legal: a 15 cmc. di urina, aggiungere cmc. 0,5 di acido acetico, alcune gocce di soluzione recente e concentrata di nitroprussiato sodico e stratificazione di ammoniaca; al punto di contatto, anello violetto).

La presenza di acetone nelle malattie infantili non è rara; esso si trova spesso nelle malattie acute febbrili, pur non in rapporto con l'altezza della febbre. Generalmente, però, l'acetone è l'espressione di un'acidosi da fame e basta la restrizione di alimentazione al principio della malattia per farlo comparire. L'acetonuria iniziale della gastrite, però, non va considerata come dovuta all'inanizione, ma come conseguenza di una deficienza di carboidrati. L'acetone non può essere considerato come un equivalente dell'acidosi, poichè può trovarsi anche nell'urina alcalina e, quando compare all'inizio di una malattia acuta nell'età infantile va considerato come espressione di un disturbo tossico nel ricambio dei carboidrati.

L'organismo infantile è caratterizzato dall'insufficienza del ricambio intermediario, da una fatale tendenza all'acidosi che si ha nei disturbi alimentari come pure nelle infezioni, forse in conseguenza di disturbi nel sistema adrenalinico. E l'organismo infantile reagisce in tale maniera, specialmente nelle malattie del tratto intestinale. Forse l'acetonuria è il primo segno di una lesione tossica del fegato dovuta alla malattia.

Marfan si esprime nel senso che l'acetonuria è per così dire un fenomeno obbligato in certe gastriti infantili. Un'osservazione di Magnus-Levy di due casi di disturbi gastrointestinali con chetonuria grave nonostante un'abbondante somministrazione di carboidrati indica che l'inanizione da carboidrati non può ritenersi come condizione necessaria per la produzione di acetonuria. Che in casi del genere, accanto al processo locale, si abbiano anche fatti tossici generali, è dimostrato anche dalla comparsa del coma. E, sia i fatti clinici generali nella gastrite acuta grave, sia l'acetonuria vanno considerati come fenomeni tossici di assorbimento.

Dal punto di vista diagnostico, vanno anzitutto considerati i vomiti periodici con acetonuria, da cui va nettamente distinto il quadro della gastrite acuta nonostante certe analogie che hanno le due malattie. Come prima cosa, si consideri che si tratta di una malattia gastrica acuta, con la ben nota etiologia. Secon-

dariamente, non si ha a che fare con gli individui in cui si manifestano i vomiti periodici: generalmente bambine neuropatiche di classi sociali elevate e di famiglie per lo più tarate. Manca poi il fatto caratteristico della periodicità. Viceversa, nei vomiti periodici tipici, non si hanno mai i segni della gastrite acuta.

La gastrite acuta con acetonuria è un quadro *sui generis*, con eziologia propria, con anamnesi varia (mancano i prodromi tipici dei vomiti periodici), con altra sintomatologia (nei vomiti periodici questi sono abbondanti, acquosi, senza nausea, senza segni di insufficienza motoria). I due quadri morbosi possono avere di comune (oltre all'acetonemia assai più forte però nei vomiti periodici) le conseguenze dell'essicosi e della acidosi (secondaria nella gastrite).

È inoltre da distinguersi quel disturbo congenito del ricambio dovuto ad un difetto nel ricambio dei carboidrati (deficiente neoformazione di zucchero ed impoverimento del fegato in glicogene) e che si manifesta con grave vomito acetonico. Un caso di tale malattia, descritto da Seckel non differisce dai vomiti periodici (attacchi di vomito, essicosi, forte acidosi riconoscibile nell'aria espirata, nell'urina e nel sangue, pronta guarigione con acqua zuccherata). Comunque, nei vomiti periodici si tratta di un disturbo particolare del ricambio, nei vomiti gravi acetonici di un complesso sintomatico che sta in prima linea nel quadro clinico, mentre nella gastrite acuta è del tutto secondario.

Entra inoltre in considerazione l'appendicite. La decisione non è facile nei casi febbrili o subfebbrili, poichè anche nell'appendicite può aversi acetonuria. La presenza di cibi indigeriti nel vomito ha un grande significato diagnostico. La diagnosi ha grande importanza specialmente perchè la eventuale narcosi cloroformica che si volesse fare per l'intervento in caso di appendicite, potrebbe avere effetti deleteri nel caso di acetonemia. E sono noti dei casi di morte da narcosi in bambini operati in stato di acetonemia.

Altre malattie da prendersi in considerazione sono la meningite, l'ileo, le infezioni del tratto respiratorio.

LA TERAPIA.

È anzitutto e soprattutto dietetica: sospensione dell'alimentazione, somministrazione di bevande più fresche che sia possibile; latte ghiacciato, crudo, a cucchiaini. Dare, fin dal principio dei carboidrati: zucchero, succhi di frutta, in modo da prevenire l'acidosi. Nel caso che i sintomi appaiano fin dall'inizio abbastanza gravi (prostrazione, con forte eliminazione di acetone, vomito dominante la scena), procedere alla lavatura gastrica, nonostante lo scetticismo e la contrarietà dei genitori, che rimangono poi maravigliati dell'effetto immediato; il bambino, dapprima apatico e sonnolento, è come cambiato subito dopo la lavatura; rapidamente ritorna l'appetito ed un buon sonno che dura talora 12 ore porta la guarigione.

Questi risultati debbono indurre il medico alla lavatura gastrica in tutti i casi gravi, nonostante che la generazione medica attuale abbia una certa riluttanza contro questo procedimento che un tempo era invece largamente usato. Esso, purchè applicato precocemente, previene le complicazioni ed impedisce il verificarsi di stati minacciosi. L'uso tardivo non darà i brillanti risultati che si hanno quando la lavatura si fa precocemente. E l'ottenere una rapida guarigione è tanto più necessario in quanto che, specialmente nei piccoli bambini, si ha la tendenza all'acidosi da inanizione, all'essicosi, col durare del tempo ad un certo cronicizzarsi dell'affezione, con la comparsa anche di ittero.

Anche scomparsi rapidamente i sintomi generali, l'acetonuria rimane ancora per alcuni giorni, il che dimostra che essa è soltanto un sintoma e non la causa della malattia.

Col cessare del vomito, il che accade sicuramente dopo la lavatura gastrica, si può riprendere l'alimentazione. Si può far senza degli alcalini; l'insulina, consigliata per ragioni teoriche, non è necessaria; con il latte si vada guardinghi, poichè si possono avere delle enteriti consecutive alla gastrite. *fil.*

DIVAGAZIONI

Poeti figli di medici.

La celebrazione del centenario di Carducci ha dato occasione di ritessere la vita del Poeta, con un coro di unanimi lodi facendo tacere le aspre polemiche dibattutesi anni fa sulla sua arte. Per noi medici vi è un motivo di più per avvicinarci a Lui, per il fatto che era figlio di un medico.

Travagliata vita quella del Dott. Michele Carducci, piena di ansie e di preoccupazioni d'ogni sorta, dovute in parte al suo carattere mordace e alle sue opinioni politiche, anelanti all'indipendenza italiana. Esiliato per queste a Volterra, a 21 anni mentre era ancora studente di medicina, approfittò degli insegnamenti del chirurgo Raikem, Direttore di quell'Ospedale e potè l'anno dopo laurearsi. Ma a Volterra conobbe anche l'amore nella persona di Ildegonda Celli, la madre del Poeta, che sposò poi nel 1833. Incominciò allora la vita randagia di condotta in condotta, dapprima a Serravezza, poi a Ponte di Stazzena e poi la permanenza più lunga — 10 anni — a Bolgheri. Ostilità politiche, inimicizie per il carattere scontroso gli rendono anche qui difficile la vita, sicchè emigra nuovamente con la famigliola spaurita da minacce e dimostrazioni di plebe, andando dall'uno all'altro pae-

se, per morire nell'agosto del 1858 a Santa Maria a Monte.

Angoscie e dolori di ogni sorta non furono risparmiate al povero medico, fra cui — grave colpo alla sua malferma salute — la morte del figlio Dante suicidatosi con un bistori paterno. Faceva il suo dovere con coscienza e fu specialmente capace chirurgo; nè mancarono riconoscimenti alla sua abilità professionale, fra cui una gratificazione di... 53 lire per l'opera da lui prestata durante l'infierire dell'epidemia colerica del 1855 a Pian Castagnaio, dove fu aiutato anche dal figlio Giosuè allora studente. Ma sempre ebbe a dibattersi con strettezze finanziarie e l'eredità che il figlio raccolse furono 10 paoli trovati in casa ed un'altra ventina ricavati dalla vendita dei ferri chirurgici.

Nonostante il faticoso lavoro della condotta e le preoccupazioni, il Dott. Michele Carducci non trascurava l'istruzione dei figli e fu lui che ad essi fece scuola specialmente di latino e con più passione al maggiore, meglio dotato. Ma fra i due — forse caratteri troppo simili anelanti entrambi ad un supremo ideale di libertà — non vi deve essere stata troppa armonia, a giudicare dagli scritti dello stesso Poeta che ricorda spesso con accenti di commozione la madre ed i suoi insegnamenti mentre, ch'io mi sappia, non fa menzione del padre. Ed il dissidio si acuì quando questi voleva imporgli le sue idee manzoniane in letteratura ed in religione, al che reagì violentemente il figlio, assumendo quell'indirizzo antiromantico ed antimanzoniano che caratterizza particolarmente i primi periodi dell'attività del Poeta.

Destino, del resto comune a tanti altri perchè, specialmente quando il padre ha una personalità spiccata rappresenta il primo e più possente ostacolo che si oppone alla libera espansione (vi coopera forse qualche elemento freudiano) ed è quindi ovvio che contro di esso e contro le sue idee si manifesti più violenta la ribellione del giovane che intende affermarsi nella vita con una reazione che ne influenza grandemente l'indirizzo di questa.

Ma il Carducci non fu il solo poeta figlio di medico. Per tacere di altri, fra cui Carlo Goldoni figlio di un medico condotto di Bagnocavallo, ricorderò un grande amico di Carducci, Severino Ferrari (il mite Severino) esso pure figlio di medico condotto. Altro carattere, altra personalità. Nei commossi e semplici versi del figlio, il padre rivive e noi vediamo

« ravvolto nella polvere del mezzogiorno adusto
passare uno sollecito. Veggo nel fulvo lume
e l'ombra sua con gli omeri curva ed a mezzo il [busto
fermo il bastone. Medita, ed ogni tanto un fiore
coglie da un cardo, ch'ispido gli brontola un sa- [luto;
sopra una porta, pallida una donna: Dottore, —
grida: ben venga! Ah povero mio cuor, l'hai co- [nosciuto?
Per di là quante volte, sollecito passando,
dottore, co'l sorriso alleviavi i mali? ».

E nelle notti insonni ritorna l'immagine del padre, con la figura stanca e gli occhi pallidi, velati;

« e più non mi sorridi come al tempo felice.
Perchè mi piange il cuore, e annodasi a la gola
gonfio il respiro? Fredda la mente mi ridice:
— Ricordati... — Nè posso ridir l'altra parola ».

E sente di amare ancor più la sua sposa,

« ... perchè un mio vecchio su la tua fronte pose
un bacio che ogni giorno s'illumina e risplende ».

Anche in altre poesie appare la venerata memoria del padre e nei versi del figlio rivive così l'oscuro medico condotto nella sua silenziosa e bonaria opera di bene.

A. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

G. BERTOLINI e G. PENSO. *L'Ispezione sanitaria degli animali da cortile, della selvaggina, delle carni conservate e dei prodotti della pesca.* Un vol. in-4°, di 719 pagg., con 412 fig. in parte a colori. S. A. tip. ed. Sallustiana, Roma, 1935. L. 60.

Il dott. Bertolini, con la profonda competenza che gli dà la lunga pratica come Direttore del Macello di Roma già aveva pubblicato due volumi, nel grande Trattato italiano di igiene (UTET) sull'ispezioni delle carni e le malattie del bestiame da macello. Il presente volume viene a completare i due primi, trattando di argomenti che non si trovano così riuniti in nessuna pubblicazione. Anche per le malattie del pollame, salvo qualche manualetto troppo elementare, non esistono libri che si occupino in modo così esauriente e scientifico, sia dal lato clinico che di quello pratico della questione. Altro capitolo importante e trattato a fondo è quello riguardante le carni conservate, in cui spesso si presentano all'igienista ed al perito delle questioni imbarazzanti, che esigono una buona conoscenza anche della tecnica di preparazione e dei processi che si svolgono; sono così trattate a fondo le carni salate, affumicate, insaccate ed ancor più ampiamente quelle conservate col freddo.

Del tutto nuova è, poi, per un trattato la parte scritta dal prof. Penso, sui prodotti della pesca, di cui studia a parte i singoli gruppi. occupandosi dapprima ed in modo ampio dei pesci; valore alimentare, caratteri del pesce fresco ed avariato (in generale e per i singoli pesci); i pesci velenosi, le numerose malattie che, nonostante il detto proverbiale del « sano come un pesce » colpiscono questi animali; i modi di conservazione e le alterazioni che subiscono le conserve di pesce. Analoga-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

mente, sono trattati i molluschi, i crostacei, i celenterati. Un buon capitolo riguarda le condizioni igieniche dei mercati e raccoglie tutta la nostra legislazione sulla vigilanza sanitaria ed igienica dei prodotti della pesca. Da ultimo, la tecnica di laboratorio per le ricerche da farsi in questo campo.

Belle, numerose ed interessanti le figure.

Come si vede, un libro che tratta a fondo le questioni, per il quale è pienamente giustificato il vecchio detto che «colma una lacuna» ed a cui, come fa il prof. Ilvento nella prefazione, si devono augurare « le migliori fortune ». *fil.*

E. GLANZMANN. *Die rheumatische Infektion im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Grenzgebiete.* Vol. di pag. 83 con 37 figure ed 1 tavola a colori. Thieme, Ed. Lipsia, 1935. Mar. 5,40.

Il Glanzmann, professore di Pediatria nella Università di Berna, tratta il vasto argomento dell'infezione reumatica, che interessa vivamente anche il pediatra, dando alla chiara monografia un carattere prevalentemente clinico. Il materiale, come l'A. stesso dichiara nella prefazione, è stato fornito in gran parte da lezioni cliniche e da conferenze. Lo scopo del lavoro è quello di far conoscere meglio al medico pratico l'infezione reumatica in tutte le sue molteplici manifestazioni e di indicare i mezzi migliori per combatteria in un'età, che non è purtroppo risparmiata dalla malattia, anzi ne è gravemente colpita con molteplici lesioni organiche.

La descrizione che l'A. fa dei diversi quadri morbosi è chiara e abbastanza completa, anche se in una linea semplice di esposizione preferisca l'A. esprimersi con sobrietà senza entrare in minuziose discussioni. Tuttavia le più moderne teorie patogenetiche sono prese in considerazione e giudicate dall'A. sulla base delle nozioni acquisite attraverso l'esperienza vissuta al letto dell'ammalato e l'anatomia patologica.

Trattando dell'infezione reumatica l'A. dà particolare risalto alle forme con manifestazioni inizialmente o prevalentemente viscerali (a carico del cuore e pericardio, dell'addome, delle pleure e polmoni, dell'encefalo) senza trascurare le localizzazioni periferiche, meno frequenti e pur tuttavia di non poca importanza (forme cutanee, forma cervicale, forma cervico-femorale, muscolare). La terapia dell'infezione reumatica è esposta senza eccessivi entusiasmi, ma anche senza scetticismo: domina sempre il buon senso clinico, pervaso da una fiduciosa speranza nei progressi della terapia. La cura della corea con nirvanolo, cui l'A. si dichiara favorevole, e la relativa malattia da nirvanolo, trovano anche nel lavoro un'esauriente trattazione.

Accanto alle varie forme della infezione reumatica hanno degno posto nella monografia del Glanzmann le forme articolari croniche dell'infanzia, capitolo irto di difficoltà, in cui l'A. si sforza di portare idee chiare, sia sulla parte spettante alla infezione reumatica propriamente detta, sia sulla parte che riguarda diverse artropatie ed osteo-artropatie croniche primitive. A queste affezioni, poste ai confini del reumatismo, da cui peraltro debbono esser mantenute separate, l'A. dedica una notevole parte della monografia, apportandovi un pregevole contributo personale, ricco di documentazione clinica e radiologica. Tra queste affezioni emerge la malattia di Still.

Se nella mancanza di qualsiasi accenno ai rapporti patogenetici tra reumatismo ed infezione tubercolare debba vedersi una netta posizione dell'A., contraria a qualche moderna teoria, che vuole invece trovare stretti legami tra le due malattie, ciò può forse intuirsi da chi legge il lavoro. Tuttavia il silenzio in cui l'argomento è lasciato dall'A. può sembrare una lacuna, non solo per quanto riguarda la discussione patogenetica, ma anche per quanto concerne la diagnosi differenziale tra alcune forme subacute di poliartrite reumatica e quelle simili che possono osservarsi nella infezione tubercolare, come anche per quanto riguarda la diagnosi differenziale, clinica e anatomo-patologica, tra le varie manifestazioni viscerali legate a ciascuna delle due infezioni.

L'indice della letteratura comprende specialmente i lavori più moderni e quelli riferentisi alle sindromi artropatiche dall'A. trattate accanto a quelle reumatiche.

In complesso la monografia si fa apprezzare per un sano spirito clinico, che, nettamente distinguendola da molti moderni lavori sull'argomento, la rende veramente utile anche al medico pratico. COLARIZI.

R. O. STEIN. *Haarkrankheiten und kosmetische Hautleiden.* Editore J. Springer, Vienna. Prezzo RM. 12.60.

Questa ampia monografia espone tutto quanto si conosce sulla patologia dei peli e sulle malattie della pelle che turbano particolarmente l'estetica senza provocare effettive sofferenze o perturbamenti dello stato generale, all'infuori di uno stato afflittivo e di depressione sentimentale.

Tali nozioni non sono sufficientemente considerate nei trattati di dermopatologia; è perciò che la pubblicazione dello Stein, molto curata e dettagliata specie in riguardo alla terapia, è veramente interessante. DR.

D. CLAOUÉ e I. BERNARD. *La Chirurgie réparatrice dans ses rapports avec la jurisprudence.* Editore Maloine, Parigi.

Breve dissertazione sulla responsabilità del chirurgo di fronte alla giustizia e sui principî etici che devono informare l'opera del professionista specie in riguardo alla chirurgia estetica. DR.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Ore 15 , 23 ottobre 1935.

Presidenza: proff. E. MARAGLIANO-G. VIOLA.

(*Continuazione; v. numero 45*).

Comunicazioni inerenti al tema di Relazione.

F. SCHIASSI e A. POPPI (Bologna). — *L'apparato linfatico nella pubertà*. — Da ricerche eseguite su 861 soggetti sani, dei due sessi, in età fra gli 11 e i 14 anni, gli OO. possono concludere che:

1) nel sesso femminile è più frequente, tra gli 11 e i 14 anni, presenza di linfoghiandole latero-cervicali palpabili.

2) tra i maschi sono anche assai più numerosi i casi con grado massimo di indice linfatico cervicale;

3) col progredire dagli 11 ai 17 anni si ha in ambo i sessi una progressiva diminuzione percentuale dei casi con indice linfatico cervicale positivo.

4) il maggior numero di soggetti senza linfoghiandole l. c. palpabili si trova nei brachitipi.

A. ROBLES (Bologna). — *La valutazione su basi cliniche dello sviluppo quantitativo individuale del sistema linfatico in una centuria di neonati sani*. — L'O. ha preso in considerazione, nel neonato e lattante sano, lo sviluppo quantitativo del sistema linfatico (linfoghiandole superficiali, milza, timo) e dalle sue ricerche può concludere che il sistema linfoghiandolare periferico raggiunge fin dalla nascita in certe sedi (ghiandole latero-cervicali) uno sviluppo medio-normale quantitativamente ragguardevole.

Nei neonati che dimostravano una maggior quantità di tessuto ghiandolare periferico si potè dimostrare anche (in larga percentuale) l'esistenza di una tara ereditaria essudativo-linfatica.

E. VON KÖHLER (Ginevra). — Secondo l'O. esisterebbe una certa relazione fra lo sviluppo ed il funzionamento individuale della ghiandola tiroide e dei fenomeni dell'aumento ghiandolare linfatico periferico e locale da un lato, e quello del sistema tracheobronchiale dall'altro. L'O. infatti avrebbe potuto osservare che generalmente gli ipertiroidei sono più soggetti a linfatismo secco, mentre gli ipotiroidei invece più frequentemente vanno incontro a fatti suppurativi ed inoltre che esiste un rapporto fra l'aumento ghiandolare periferico locale e quello del sistema tracheobronchiale.

M. OPPENHEIM (Bologna). — *Ricerche sulla quantità e distribuzione del grasso sottocutaneo in rapporto alla costituzione individuale*. — L'O. ha misurato lo spessore delle pliche cutanee di 26 regioni in 140 donne dai 20 ai 25 anni ed ha potuto vedere che per quanto riguarda la disposizione del grasso nelle singole regioni si notano differenze sensibili nei rapporti reciproci fra le medesime nei diversi tipi costituzionali.

Dal confronto delle medie dei soggetti più grassi e quelle dei più magri considerati indipendentemente dal loro tipo morfologico si verifica che l'aumento e la diminuzione dell'adipe nelle singole regioni non avvengono in modo uniforme, ma in misura diversa e secondo un ordine territoriale determinato.

La regione cutanea più corrispondente alla media individuale è la regione epigastrica e quindi praticamente tale regione dovrebbe essere prescelta come misura del pannicolo-adiposo sottocutaneo medio-universale.

U. SILVESTRI (Bologna). — *Studio sulla correlazione tra il valore degli spazi intercostali ed il peso corporeo e sui diversi spazi intercostali confrontati tra loro, nei bambini di età compresa fra il 2° ed il 12° anno di vita*. — Da ricerche eseguite su 288 bambini prendendo in esame il peso corporeo ed il valore dei primi sei spazi intercostali del lato destro, l'O. può dedurre che l'ampiezza degli spazi intercostali e sopratutto quello del II, è prevedibile, con notevole approssimazione, quando si conosca il peso del bambino. Inoltre lo studio comparativo dei diversi spazi intercostali, compiuto su 500 bambini, tra il 2° ed il 12° anno di vita, ha dimostrato che lo spazio intercostale più ampio è il 2°; il più ristretto il 5°; gli altri spazi hanno valori intermedi.

Nella evoluzione compiuta dal torace per passare dalla forma infantile a quella adulta, si possono distinguere due periodi: un primo che va fino ai 6 anni, un secondo che va dai 6 anni in avanti.

V. LO BIANCO (Roma). — *La costituzione individuale in rapporto alla infezione tubercolare*. — La questione della costituzione individuale nelle malattie tubercolari è di grande importanza, poichè la profilassi di una malattia dipende essenzialmente dalla opinione che si professa su le sue cause. Le malattie tubercolari sono la risultante del concorso combinato del bacillo e del terreno organico; terreno organico e costituzione si integrano.

Occorre quindi giungere al potenziamento delle resistenze organiche non solo nel senso di un rafforzamento dei poteri immunitari generici, ma di una vera e propria immunizzazione specifica verso la tubercolosi.

E. VON KÖHLER (Ginevra). — A proposito di quanto riferito dal dott. Lo Bianco, l'O. ritiene di tener presente in tema di predisposizione generale, il fattore rappresentato dall'attività del sistema vagosimpatico dal quale dipende la nutrizione. Ciò al fine di spiegare come dagli stessi genitori nascano figlioli alcuni predestinati alla tbc. ed altri no, o meglio, perchè dagli stessi genitori nascano figli di differenti costituzioni individuali.

Domanda inoltre al dott. Lo Bianco se ha potuto constatare che i soggetti simpaticotonici sono maggiormente predisposti all'infezione tubercolare dei vagotonici, i quali tendono piuttosto ad un linfatismo generale.

E. MARAGLIANO (Genova). — Richiama l'attenzione sull'importanza della comunicazione del dott. Lo Bianco. I batteriologi danno grande importanza alla presenza del bacillo tubercolare e non considerano che il bacillo di Koch è straordinariamente diffuso nell'ambiente sociale e che ammalano solo quegli individui in cui il terreno organico non presenta difese proprie.

R. NICOLÒ (Napoli). — *Il dinamismo delle costituzioni.* — Insiste sulla necessità di ricercare gli elementi dinamici delle costituzioni, specie i riflessi viscerali di Dagnini, di Landolfi, di Magliulo, di Marotta, Abrams ed Inglese, ecc.

L. ALESTRA (Bologna). — *Ricerche sull'ereditarietà dei tipi costituzionali e di alcuni caratteri morfologici.* — L'O. allo scopo di vedere con quale frequenza si trovano nei figli di tipi costituzionali dei genitori e alcuni particolari caratteri dimensionali ha esaminato biometricamente 60 famiglie per un complesso di 312 individui ed ha trovato che i brachitipi prevalgono sugli altri tipi morfologici per quanto riguarda i genitori, mentre nei figli prevalgono i misti.

Circa i caratteri costituzionali delle singole coppie dei genitori e dei figli rispettivi il materiale statistico è troppo esiguo per poterne dedurre senz'altro che il carattere della longitipia venga impresso dai genitori alla discendenza più fortemente che quello della brachitipia.

GUIDO DAGNINI (Bologna). — *Il riflesso oculo cardiaco di Dagnini nella pubertà femminile.* — L'O. ha ricercato il riflesso di Dagnini in 229 donne (dagli 11 ai 18 anni di età) e lo ha trovato positivo nel 64 % dei casi, negativo nel 28 %, invertito nel 7 %.

Notevole variabilità dall'O. è stata osservata nell'intensità del fenomeno e nel tempo di latenza, mentre all'analisi elettrocardiografica furono rilevate aritmie sinusali respiratorie nel 31 % dei casi esaminati.

In un certo numero di soggetti l'O. ha inoltre constatato che anzichè aversi un riflesso francamente positivo, il ritmo tendeva a regolarizzarsi e precisamente la durata delle rivoluzioni cardiache, durante la compressione diveniva uguale alle rivoluzioni di durata massima constatate a riposo.

M. RIGONI (Bologna). — *Il rendimento motore nel lavoro fisiologico di 100 giovani della classe studentesca.* — Dopo l'esame di alcune caratteristiche inerenti al lavoro fisiologico, viene studiato un lavoro tipo di flessione-estensione sulle ginocchia, che viene definito nelle sue caratteristiche individuali ed espresso quantitativamente (in Kgr.) da una formula.

Dal rapporto che intercede poi tra il lavoro compiuto e l'energia spesa, emerge il rendimento del motore umano. L'O. ha eseguita tale prova in un gruppo di 100 giovani della classe studentesca. Ha potuto classificare in tal modo i valori individuali del rendimento motore in rapporto ai tipi morfologici costituzionali ed ha potuto vedere che le categorie estreme dei soggetti, forniscono a parità di esercizio fisico, un lavoro maggiore.

Risposta del Relatore.

G. VIOLA (Bologna). — Il sen. Pende, che si è fatta coi suoi studi endocrinologici e costituzionalistici una personalità sua propria di rinomanza internazionale, ama tuttora dirsi allievo dell'O. e quasi gli muove affettuoso rimprovero che non lo affermi egli stesso nella sua Relazione.

L'O. ne è grandemente commosso nè potrà mai dimenticare i molti anni nei quali lavorarono insieme e vicendevolmente si aiutarono col Castellino, nel dissodare questo duro e allora deserto campo di studi lasciati in eredità dal De Giovanni.

Per questo passato in comune non vi sono fra loro vere divergenze. Il Pende vorrebbe includere nella definizione della costituzione, data dall'O. fin dal 1902 di « scienza delle variazioni individuali » anche il concetto correlazionistico della unità dell'individuo.

È una piccola divergenza esclusivamente di forma e non di sostanza. Gran parte dei suoi primi studi di allora sono stati di fatto intitolati alla correlazione individuale, che ne era il concetto fondamentale.

Ma il concetto o la legge « universale » correlazionistica, che governa tutta la biologia animale e vegetale, al pari di quella della curva gaussiana delle variazioni, non è nè una scoperta della costituzionalistica, nè una proprietà specifica di essa. La correlazione dell'unità organica individuale, compresa la legge del bilanciamento degli organi è stata affermata studiata e dimostrata, specie nel campo delle scienze naturali (Cuvier, Geoffroy Saint-Hilaire), un secolo prima del sorgere della neo-costituzionalistica moderna e metodologicamente è stata dagli statistici matematicamente determinata a mezzo della nota formula del Bravais.

Il correlazionismo, affermatosi così solidamente in tutte le scienze biologiche, non può caratterizzare la costituzionalistica. Su questo argomento l'O. si è maggiormente esteso nei suoi scritti. E poichè le definizioni devono cogliere solo il punto *nodale* dal quale tutto il resto deriva e per essere chiare, essere le più sintetiche possibili, egli non riterrebbe strettamente necessario l'aggiungere alla sua definizione il concetto correlazionistico, perchè le variazioni individuali non possono avvenire che sotto l'impero di una tal legge, come sotto quella della curva di Gauss.

L'unico oratore che ha toccato dappresso il tema della sua relazione, sul metodo costituzionalistico è però il prof. Frassetto. Conosce assai bene le sue publicazioni circa la suddivisione del campo della variabilità in segmenti bisestilici, che coincide quasi alla perfezione con quello della suddivisione in base al sigma, come il Frassetto stesso ha dimostrato. Ma per due ragioni l'O. crederebbe di consigliare ai costituzionalisti di preferire le sue formule universali di « valutazione » sia delle forme che delle funzioni organiche in « gradi » centesimali e sigmatici (dividendo, vale a dire, gli scarti individuali sia per il centesimo della media del carattere e sia per il sigma): *primo* perchè così si evitano le suddivisioni del campo di variazione in ampi segmenti, che sono artifici metodologici inesistenti in natura i quali sempre portano con sè il grave inconveniente che un valore individuale, che sta fra l'uno e l'altro segmento, può venire assegnato all'uno più che all'altro in base a minime differenze, molto più piccole della grandezza segmentale che poi gli viene attribuita, donde errori di valutazione non sempre trascurabili nelle loro conseguenze; *secondo* perchè la media e il *sigma*, di cui noi ci serviamo, sono valori segnaletici universalmente adottati, mentre i *quartili* e *sestili* dell'area di variabilità non hanno in statistica e più ancora in biologia quasi alcuna diffusione. Ora il Frassetto che tante lancie ha meritatamente spezzate per l'unificazione dei metodi statistici, fino a fondere una apposita Società internazionale autorevolissima con apposito Periodico, dovrebbe ascoltare benevolmente questo desiderio che l'O. gli esprime, che anch'egli voglia nei suoi pregevoli studi che fiancheggiano i nostri, adattarsi a quei

valori segnaletici che sono più diffusi fra gli studiosi di tutto il mondo. Così le ricerche dei vari AA. saranno più facilmente confrontabili.

Quanto all'applicazione del metodo al *campo patologico*, più diffusamente l'argomento è stato dall'O. trattato al recente Congresso delle Scienze di Palermo.

Qui avvertirà solo che spesso nella letteratura odierna costituzionalistica si confonde il termine di « norma » in senso puro statistico, con norma e normale in senso medico. Gli aggettivi « normale » « paranormale » e « distonormale » usati dal Frassetto nella sua esposizione, sebbene l'A. non l'abbia espressamente avvertito, si devono intendere solo nel puro senso statistico, riferendoli al punto centrale della scala di seriazione (centro della classe ordinata massima) e ai distanziamenti da essa, divisi in due grandi segmenti, paranormali e distonormali, affatto indipendentemente dal loro carattere fisiologico o patologico, che non può in alcun modo essere risoluto in base alla curva di Gauss, ma solo coll'esame diretto di tutte le proprietà del carattere misurato, studiato dal punto di vista medico, sia anatomopatologicamente, sia istologicamente, sia clinicamente.

Il Borchardt, clinico costituzionalista tedesco, ha, tra gli altri, contribuito a questo confusionismo fra norma statistica e norma in senso medico, ritenendo che colla seriazione i caratteri patologici commisti nel gruppo statistico ai fisiologici possano essere, per così dire, proiettati in modo sempre più deciso alla periferia della seriazione stessa, di modo che la zona che viene dagli statistici denominata paranormale sarebbe l'unica pura in senso fisiologico; si passerebbe poi andando verso la periferia della seriazione attraverso ad una zona mista, intermedia, per ritrovare poi tutti i casi patologici addensati verso la periferia del campo di variabilità.

Ma la curva di Gauss non ha alcuna funzione di simil genere e, d'altra parte, se nella formazione del gruppo statistico si è accuratamente esaminato ogni singolo individuo dal punto di vista medico in modo da escludere tutti gli individui in istato patologico, esso gruppo statistico, che non ha alcun potere di generazione spontanea di fatti morbosi, potrebbe contenere eventualmente solo qualche raro e sottile carattere patologico, casualmente sfuggito al controllo medico: ma mai un tale addensamento distonormale quale il Borchardt contempla!

Bisogna insistere inoltre anche su questo concetto, che siccome tutto è matematicamente predeterminato nella curva di Gauss, così anche i valori estremi biologici del campo fisiologico sopra e sotto la norma lo sono di necessità e possono raggiungere valori molto pronunciati a seconda della grandezza del rispettivo *sigma, senza che per tale ragione si debbano qualificare come patologici*, sebbene essi possano rinvenirsi anche per cause patologiche.

In sè e per sè possono essere fisiologici o patologici secondo i casi.

E pare che circa i fatti patologici o situati a cavallo fra il normale e il patologico si possano ottenere curve seriali fortemente asimmetriche per le quali vale il principio proprio del campo della variabilità fisiologica, che l'intensità del fenomeno patologico quanto più è grande, tanto più è rara: non però vale l'altro principio, sempre proprio della variabilità fisiologica, che ogni scarto positivo dalla media trova sempre il suo equivalente scarto negativo, il che non è consentito appunto dalla forte asimmetria delle curve. D'altra parte l'intensità del fenomeno patologico può invadere con la sua area di variabilità più o meno il campo della variabilità normale sovrapponendosi ad esso fin oltre la metà, ciò che per la prima volta hanno dimostrato Benedetti e Bollini per il volume del cuore e Viola e Facchinelli per il volume delle glandole linfatiche.

È questo un campo di ricerca del tutto nuovo, del quale è accennato già nella Relazione dell'O. e in quella ricordata *Sull'uomo medio nelle sue relazioni colla patologia*, tenuta questo stesso ottobre al Congresso delle Scienze.

Quello che più importa di ricordare è il suo metodo di mantenere nella valutazione e nella seriazione dei fatti patologici sempre la media e il sigma modale, ottenuti dalla statistica collettiva del campo fisiologico, valutando colla unità di misura sigmatica *sempre uguale*, sia lo scarto normale sia qualsivoglia scarto patologico, che sia dentro o fuori, a piccola o a grandissima distanza dal campo di variabilità fisiologica.

Chiaro appare come di questi metodi potranno giovarsi grandemente sia la fisiologia che la patologia e che il grande e quasi ancora inesplorato campo delle correlazioni normali e patologiche solo con questi metodi quantitativi potranno avere il necessario ed auspicato sviluppo.

(*Continua*). A. POZZI.

XLII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(*Continuazione; v. num. preced.*).

ore 9, 24 ottobre.

Presidenza il Prof. ANGELETTI.

Trombosi ed embolie.

PARTE I.

La trombosi.

Prof. ERCOLE RAGNOTTI (Milano), relatore.

(*Conclusioni*).

Sotto il nome di trombosi l'anatomia patologica intende qualsiasi processo che, instituendosi in un vaso, sia capace di occluderlo. Secondo la distinzione di Fischer-Wasels si possono distinguere tre forme di trombosi: una trombosi da ferita del vaso, una trombosi settica, e infine la trombosi così detta lontana o spontanea o, come la chiama il Relatore, « autoctona ». Tutte e tre queste forme hanno interesse chirurgico, ma mentre la genesi e la evoluzione delle prime due è chiara, non è così della terza. Su di questa, che racchiude in sè il pericolo della embolia, converge da tempo lo studio dei chirurghi, che — vittoriosi su tante altre insidie e ragioni di insuccesso della loro opera risanatrice — si trovano tuttora colti di sorpresa e bene spesso costretti a rimanere semplici spettatori sconsolati e sfiduciati di fronte alla tragica complicanza embolica post-operatoria.

Siccome è dalle indagini sulla eziopatogenesi che si possono sperare di trarre gli elementi per una profilassi specifica, il Relatore si dedica sopratutto alla sua trattazione.

Di fondamentale importanza è la distinzione tra processo di coagulazione del sangue e formazione del trombo autoctono. Il « primum movens » di questo non è infatti un fenomeno di coagulazione intravasale ed intravitale, ma una agglutinazione delle piastrine (trombo bianco), causata da modificazione delle loro forze elettrostatiche, in conseguenza di una deviazione dei colloidi plasmatici verso la fase a bassa dispersione (aumento del fibrinogeno e delle globuline). Da tali alterazioni del sangue potrà svilupparsi un trombo qualora esse si trovino combinate con le modificazioni del circolo, indispensabili alla deposizione degli agglutinati di piastrine, sulle pareti dei vasi (Aschoff).

Soltanto in un secondo tempo entra in causa il processo di coagulazione vero e proprio (trombo misto, trombo rosso).

Nel sangue dell'operato, in conseguenza delle modificazioni anaboliche e cataboliche, a partenza dal « focolaio contuso », si istituiscono *per l'appunto* quelle modificazioni fisico-chimiche del sangue capaci di provocare l'agglutinazione delle piastrine.

Il Relatore, da esami sulla composizione del *sangue refluo* da « focolai contusi », trae la convinzione che, nella genesi delle modificazioni dei colloidi plasmatici e della quota idrica del sangue giuochi una parte di grande responsabilità la dislocazione dei cloruri verso il « focolaio contuso ». In base ad argomentazioni di ordine fisico-chimico, che qui sarebbe troppo lungo riferire, egli considera l'aumento dei colloidi plasmatici in dispersione grossolana, come un fenomeno relativo, dovuto ad una sottrazione della quota albuminica del plasma, per opera del « focolaio contuso », in conseguenza degli scambi anormali che si svolgono tra esso ed il plasma, caratterizzati sopratutto da passaggio di acqua e di sali.

Partendo da questo concetto il Relatore crede che il mezzo curativo di questa « discrasia ematica post-operativa », e cioè la « reclorurazione sistematica dell'operato » e la somministrazione contemporanea di liquido fisiologico, possano costituire anche un efficace mezzo profilattico della trombosi post-operatoria, che trova la sua genesi in tali modificazioni del sangue.

Accanto a ciò, e per le stesse motivazioni, deve essere dato il massimo valore profilattico all'operare col massimo rispetto dei tessuti.

Grande importanza nell'inizio formale del trombo può rappresentare la presenza di germi in circolo, poichè essi potranno provocare formazione di agglutinati di piastrine (funzione antxenica, Govaerts), i quali, se coesistono le altre alterazioni fisico-chimiche del sangue e le modificazioni del circolo, potranno evolvere verso la costituzione del trombo.

In base ad una inchiesta che il Relatore ha fatto tra alcuni chirurghi italiani, egli afferma che da noi non si verifica quell'aumento della complicanza tromboembolica post-operatoria, denunciata nella letteratura d'oltre Alpe.

Circa la diagnosi la massima importanza deve essere data, per una buona profilassi della embolia, al riconoscimento precoce della trombosi. A questo scopo sono utilissimi certi segni generali, come il polso e la temperatura, e più i locali, costituiti da dolenzie in speciali punti e da fenomeni neurosimpatici (Ducuing). Oltre a questi segni rilevabili al letto dell'operato possono essere utili quelli forniti dall'esame del sangue e sopratutto la velocità di precipitazione dei globuli e più il tasso del fibrinogeno, il cui abituale aumento post-operatorio dimostrerebbe sempre, da quanto è risultato al Relatore, un aumento brusco di quota, prima dell'inizio clinico della trombosi.

Fondamento della terapia rimane sempre il riposo assoluto e l'applicazione di impacchi. Certi trattamenti, si sarebbero dimostrati capaci di abbreviare il tempo di guarigione. Così le iniezioni endovenose di biioduro di mercurio secondo Giordano, ed il sanguisugio. Per accelerare la risoluzione dei postumi si sarebbero dimostrate efficaci l'applicazione di bendaggi elastici e la anestesia dello splancnico lombare secondo Lériche.

PARTE II.

Tromboembolie dell'arteria polmonare e delle arterie degli arti.

Prof. PIETRO VALDONI (Roma), Relatore.

1. EMBOLIA POST-OPERATORIA DELL'ARTERIA POLMONARE.

L'etiopatogenesi della embolia polmonare si riporta direttamente a quella della trombosi post-operatoria che è l'espressione più evidente di una grave alterazione del circolo. Le ricerche anatomopatologiche più recenti hanno messo in evidenza in questi casi la grande frequenza delle alterazioni organiche del cuore con una percentuale che arriva addirittura, per alcuni AA. al 92 %. Se a questo dato aggiungiamo le alterazioni funzionali del cuore che si stabiliscono nel periodo post-operatorio e che sono più profonde in un organo già malato, arriviamo a comprendere facilmente la grande importanza dei dati anatomo-patologici. L'alterazione cardiaca però non è l'unico fattore della alterazione circolatoria; è da mettere in causa anche il perturbamento di tutte quelle condizioni che regolano la circolazione venosa, come l'immobilità del malato, la diminuzione del tono muscolare, la posizione, la diminuzione della escursione respiratoria. Queste varie cause, per il rallentamento della circolazione e le alterazioni sanguigne e vasali consecutive, predispongono alla trombosi venosa nei grossi plessi del piccolo bacino e nelle vene degli arti inferiori. Con il ristabilirsi della funzione cardiaca e con il cessare di quelle cause che avevano provocato il perturbamento dei vari fattori importanti per la circolazione venosa, si hanno le condizioni favorevoli per la mobilizzazione del trombo e per la formazione dell'embolo. E infatti l'epoca di comparsa dell'embolia cade con la massima frequenza fra i 8° e il 10° giorno dall'operazione. Le statistiche, con il dimostrarci che l'embolia è particolarmente frequente dopo operazioni sull'addome, confermano l'importanza delle alterazioni delle forze ausiliari della circolazione e specie dell'escursione respiratoria, che in questi operati è nei primi giorni ridotta dalla immobilità del diaframma.

La frequenza dell'embolia mortale corrisponde a circa il 0,24 % degli operati; complessivamente però l'80 % circa delle embolie colpiscono individui operati sull'addome e sul piccolo bacino. L'operazione più frequentemente colpita da questa complicazione è la prostatectomia, poi le operazioni sull'utero, quelle sul tubo gastro-enterico. Le ernie sono colpite più raramente, circa il 2 ‰. Sempre in rapporto alle ragioni patogenetiche sta la frequenza dell'embolia negli individui grassi dopo i 50 anni.

L'embolo, in circa la metà dei casi, è formato da trombi lunghi, rossi; negli altri casi da trombi spezzettati. Dalla grandezza e dalla localizzazione dell'embolo dipende la varietà del quadro sintomatologico. Nei casi di morte improvvisa la morte può essere provocata da un meccanismo riflesso, generalmente però è dovuta alla paralisi cardiaca secondaria alla dilatazione acuta del cuore destro, conseguente all'ostacolo allo svuotamento e alla alterazione del circolo nelle coronarie. La morte per asfissia si ha nei casi a decorso potratto in cui per la scarsa quantità di sangue che arriva al circolo arterioso cerebrale e cardiaco si stabilisce una paralisi dei centri bulbari e del miocardio dovuta alla scarsa quantità di sangue e di ossigeno che vi arriva.

Quando l'embolia non è massiva, se le condizioni del cuore e del polmone sono normali, per le anastomosi esistenti fra le arterie bronchiali e le vene polmonari si stabiliscono dei compensi per cui possono mancare completamente i segni clinici della avvenuta embolia; gli anatomo-patologi hanno osservato casi di stenosi embolica di alto grado della polmonare tollerata per molto tempo in buone condizioni. Negli altri casi l'embolia dei rami è seguita dall'infarto. Le piccole embolie sono molto più frequenti delle embolie massive; le cifre, per la possibilità di una tolleranza perfetta, non hanno valore e non lo hanno anche per il fatto che alcune complicazioni polmonari post-operatorie sono in relazione ad embolie non sospettate.

Nei casi di embolia massiva mortale dobbiamo distinguere quelli a morte improvvisa e quelli a morte protratta, intendendo per questi, i casi in cui il malato sopravvive almeno 15 minuti e che rappresentano circa il 60 % di tutti i casi. I sintomi sono abbastanza caratteristici: dispnea improvvisa di alto grado, senso di oppressione, pallore cadaverico con cianosi, polso piccolissimo e irregolare, abbassamento della pressione arteriosa, pelle fredda, sudore freddo, stato di ansia e senso di morte improvvisa, perdita della conoscenza, talora convulsioni, dilatazione progressiva delle pupille e infine scomparsa del riflesso corneale; la respirazione prima profonda ed eseguita con l'intervento dei muscoli accessori a poco a poco si fa più superficiale e si arresta. Di obiettivo esiste lo sfiancamento a destra del cuore e spesso un secondo tono polmonare oscuro.

La diagnosi non è facile; solo la metà e anche meno di tutte le embolie vengono diagnosticate in vita e gli errori diagnostici con altre affezioni sono frequenti. La diagnosi differenziale più importante va fatta con la insufficienza cardiaca, in cui il dato più evidente è la cianosi e manca la fame d'aria e l'ansia precordiale caratteristica dell'embolia. Gli altri sintomi, come il dolore anginoso, l'abbassamento della pressione ecc., non hanno niente di caratteristico. Più rari sono gli errori diagnostici con l'apoplessia cerebrale, con l'uremia, con l'edema polmonare, con l'infarto delle coronarie ecc.

La cura medicamentosa può avere un effetto utile nei casi di embolia non completamente occludente, in cui la somministrazione di ossigeno, le iniezioni cardiocinetiche, l'immobilità del malato possono essere di qualche aiuto. Denk ha osservato recentemente un caso favorevole con l'iniezione endovenosa di eupaverina.

La embolectomia, proposta da Trendelenburg nel 1907 ha portato negli ultimi dieci anni a guarigioni definitive in nove casi, di cui otto ottenute con la modificazione del Meyer alla tecnica originale. L'intervento si propone di aprire la polmonare all'origine per via extrapleurica e di estrarre gli emboli dai due rami usando istrumenti speciali ed una tecnica molto precisa. L'esecuzione dell'intervento deve essere molto rapida e presuppone un allenamento completo sul cadavere.

La possibilità di eseguire l'operazione è limitata anzitutto ai casi che non hanno un decorso immediato e quindi a circa il 60 % dei casi.

È da tener conto anche delle condizioni generali del malato, dell'età, della malattia per cui è stato operato e della prognosi di questa.

Nel porre l'indicazione dell'operazione devono esistere anche delle premesse indispensabili e cioè la possibilità di operare in qualsiasi momento, la conoscenza da parte del personale dei sintomi più importanti, in modo che nello stesso tempo che viene chiamato il medico venga preparata la camera operatoria. Anche il fatto che non tutte le embolie massive vengono a morte ci deve far considerare che l'embolectomia non può essere indicata in tutti i casi di morte non improvvisa. D'altra parte è dimostrato dai numerosi tentativi operatori che di fronte alla gravità dell'operazione e al trauma portato al cuore è necessario che questo possegga ancora della forza di riserva per resistere e per riprendere la sua funzione. Quindi premessa per un buon successo dell'intervento è la precocità, d'altra parte così facendo si corre il rischio di perdere qualche malato in cui si sarebbe avuto una risoluzione spontanea. La via giusta è quella di operare quando le condizioni del malato sono già tali da permettere di escludere una risoluzione spontanea, ma quando ancora non si sia arrivati all'agonia. Meyer per es. in un caso ha aspettato più di dieci ore in camera operatoria prima di decidersi all'intervento felicemente eseguito. Sono proprio i casi a decorso protratto quelli in cui esistono le migliori possibilità per l'intervento.

II. Embolie delle arterie degli arti.

Dalla prima embolectomia praticata con successo (1911) ad oggi, i casi operati sono circa 450. L'affezione però, che è di gran lunga più frequente, dovrebbe rappresentare una indicazione molto più estesa alla embolectomia. Ciò non avviene perchè la malattia non viene riconosciuta o, se viene riconosciuta, il chirurgo viene chiamato a prestare la sua opera quando non vi è più speranza di un risultato favorevole. In questo campo la collaborazione medico-chirurgica deve portare a risultati molto più favorevoli.

L'embolo periferico origina da un trombo che di solito è localizzato nel cuore dove si è formato nella maggior parte dei casi (74 %) conseguentemente ad una affezione cardiaca. La causa più frequente è la stenosi mitralica con fibrillazione auricolare. Nei casi in cui all'autopsia non si sono rinvenute alterazioni cardiache, in malati che erano stati operati o che erano sofferenti di un processo infiammatorio, di un trauma, ecc., si pensa che debba trattarsi di una alterazione funzionale grave del cuore. Talvolta si tratta di processi arterio-sclerotici che diventano sede di trombi che si mobilizzano per uno sforzo, per una variazione brusca delle pressioni arteriose. L'embolia paradossa è rara.

Quasi senza eccezione, l'embolo si arresta alla biforcazione di un vaso o al punto di partenza di

un grosso ramo collaterale. L'embolo si arresta perchè si mette a cavallo dello sperone della biforcazione e perchè a questo livello esiste una riduzione notevole del calibro vasale. La localizzazione degli emboli è prevalente negli arti inferiori. Nei casi dal R. raccolti si ha la seguente distribuzione: arto superiore 28 % (succlavia 2 %, ascellare 4 %, omerale 22 %), arto inferiore 72 % (aorta 10 %, iliaca 18 %, femorale 27 %, poplitea 16 %, tibiale 1 %). Sono frequenti embolie successive, meno frequenti quelle contemporanee. Anche molto frequenti sono le embolie che seguono ad una embolectomia: per es. nei casi da noi raccolti, di 54 su 100 guariti con ripristino funzionale completo, 20 sono morti o sono stati amputati per un'altra embolia entro un mese dall'operazione.

I fenomeni conseguenti alla embolia vasale sono in relazione al valore di arteria terminale del vaso colpito. Le condizioni sono più gravi che nella semplice legatura, perchè l'embolo colpisce una biforcazione e occlude quindi contemporaneamente tre vasi, poi perchè l'arteria reagisce con la contrazione tetanica della parete e perchè la trombosi secondaria è precoce e si diffonde alla periferia anche molto lontano obliterando le vie del circolo collaterale. Queste condizioni sono particolarmente evidenti nell'arto inferiore dove la cangrena secondaria è frequentissima.

La diagnosi è facile, perchè si basa su sintomi molto caratteristici rappresentati dal dolore, dal senso di intorpidimento, dal raffreddamento dell'arto e dalla paralisi. Il dolore è improvviso e corrisponde generalmente in primo tempo alla sede dell'embolo, da dove poi si diffonde a tutto l'arto verso la periferia. Il dolore non manca quasi mai, solo qualche volta è più tardivo ed è in rapporto alle dimensioni dell'embolo rispetto al calibro del vaso. L'ischemia improvvisa porta al pallore dell'arto che assume una tinta cadaverica, all'abbassamento di temperatura, e naturalmente a disturbi della sensibilità cutanea, a paralisi con contratture delle masse muscolari, alla perdita dei riflessi. Per differenza di pressione specie nelle parti distali dove la pressione venosa è più elevata, si ha un riflusso di sangue venoso nei vasi arteriosi, in modo che il colorito prima pallido diventa cianotico. La cianosi è di prognosi infausta per quanto riguarda la riviviscenza della chiazza cianotica. A questi sintomi si aggiunge, importantissima, l'assenza della pulsazione nei punti dove l'arteria è normalmente apprezzabile. Se a questa sintomatologia locale si aggiunge il dato dell'alterazione cardiaca, e la frequenza di piccoli segni premonitori sotto forma di dolori fugaci, si vede come la diagnosi generica di embolia sia facile. Raramente può essere confusa con altre lesioni, come la flebite, in cui l'arto è edematoso e cianotico, la pulsazione e la sensibilità normali. L'unica diagnosi differenziale da prendere in considerazione è l'endoarterite obliterante, ma in questa i disturbi datano da anni e vi sono segni premonitori e il dolore non è improvviso.

Interessa particolarmente al chirurgo la diagnosi di sede. Occorre tener conto per questa del fatto che un embolo si arresta nell'arteria periferica in corrispondenza di una biforcazione e quindi per gli arti inferiori alla biforcazione dell'aorta, dell'iliaca, della femorale e della poplitea. Grossolanamente si può dire che il territorio di ischemia si inizia a circa 10-20 cm. sotto la sede dell'embolo.

L'arresto di un embolo alla biforcazione dell'aorta può in un primo tempo portare ad una sintomatologia a carico di un arto solo, in quanto difficilmente si tratta di un embolo così massivo che occluda contemporaneamente e completamente tutte e due le iliache. Ordinariamente almeno per qualche ora, da un lato passa una certa quantità di sangue sufficiente a mantenere il circolo di un arto e solo a poco a poco e per opera di un trombo secondario l'occlusione si fa completa e si presentano i segni a carico di tutti e due gli arti. Ciò spiega perchè la sintomatologia non sia identica in tutti e due gli arti. L'arto è freddo, ipoestesico fino alla radice da un lato mentre dall'altro i sintomi arrivano al ginocchio o alla coscia senza mai raggiungere l'estensione del lato opposto.

L'arresto di un embolo alla biforcazione dell'iliaca comune dà sintomi identici ma a carico di un arto solo; anche qui il circolo si arresta alla radice dell'arto ma l'alterazione rimane strettamente unilaterale. La localizzazione più frequente è quella nella femorale comune. I disturbi di circolo arrivano fino al terzo inferiore della coscia, i segni più gravi però non arrivano al ginocchio. La gamba e il piede sono paretici. La localizzazione nell'arteria poplitea porta a disturbi di circolo nel piede e nella metà inferiore della gamba.

Per l'arto superiore le zone di alterato circolo si corrispondono in modo analogo.

L'arresto della pulsazione arteriosa ha valore soltanto quando nell'arto controlaterale si possa apprezzarla nettamente. Nella localizzazione di emboli in vasi non accessibili alla palpazione, si potrà ricorrere all'impiego della arteriografia che rappresenta però un pericolo per l'azione che la sostanza radioopaca ha sul vaso alterato. L'oscillometria, le prove di assorbimento del pomfo, le reazioni iperemiche a stimoli meccanici hanno poco valore.

L'indicazione all'intervento è rappresentata dal fatto che al fenomeno embolico segue in un'alta percentuale dei casi la cangrena secca della zona ischemica con la necessità di una amputazione successiva, operazione molto grave per questi malati sofferenti di cuore, e che il precedente embolico ha peggiorato nelle condizioni e la morte dei tessuti ha portato ad una tossicosi da riassorbimento. La cangrena non è una complicazione necessaria, perchè molto dipende dalla possibilità del circolo collaterale, dalla completezza dell'embolo e dallo sviluppo anatomico delle collaterali, ragioni per cui la cangrena è meno frequente negli arti superiori.

L'intervento consiste nella scopertura dell'arteria, nell'estrazione dell'embolo, e nella successiva arteriorrafia. La tecnica è semplice, se pur delicata, e non richiede istrumenti speciali se non gli aghi da sutura vasale e la precauzione di bagnare strumenti e guanti con l'olio di vasellina o con il citrato di sodio. Se non riesce l'estrazione diretta dell'embolo, che è da preferire, si potrà estrarlo mungendo l'embolo dall'alto in basso fino all'incisione.

I risultati dell'operazione sono strettamente legati all'intervallo corso tra il momento dell'embolo e l'operazione. Se consideriamo le cifre dei risultati, nei casi dal R. raccolti, su 100 operazioni, 54 hanno portato al ripristino funzionale dell'arto. Di questi 20 però muoiono entro un mese dall'operazione per una nuova embolia o devono venire amputati, in modo che solo 34 guariscono definitivamente. Se analizziamo i casi a seconda del momento dell'operazione troviamo che

degli operati *entro la sesta ora, il 76,7 % ha un risultato funzionale ottimo*, dalla sesta alla dodicesima ora il 50 %, dalla dodicesima alla ventiquattresima la percentuale scende all'11 %. I casi favorevoli negli operati più tardivamente sono dovuti quasi tutti ad operazioni per l'arto superiore, dove sappiamo essere la gangrena molto meno frequente. Considerando infatti separatamente le guarigioni definitive troviamo che per l'arto superiore rappresentano il 54 %, per quello inferiore il 32 %. Queste cifre ci dicono quindi *l'importanza assoluta dell'operazione precoce* e come l'embolectomia debba considerarsi una delle indicazioni più urgenti all'operazione. Quanto più a lungo permane l'embolo in sede, tanto maggiore sarà l'alterazione della parete e quindi tanto più facile la formazione del trombo secondario.

L'embolectomia non è una operazione pericolosa, anzi non ha mortalità, facendo eccezione per l'embolectomia della biforcazione dell'aorta specie se fatta per via transperitoneale.

Negli ultimi anni, all'embolectomia si sono aggiunti altri mezzi curativi. La legatura della vena ha dato scarsissimi risultati. La simpaticectomia periarteriosa è invece l'intervento che utilmente viene associato all'embolectomia perchè rimuove lo spasmo dei vasi e rende più facile il circolo collaterale.

Nei casi di trombosi secondaria dopo asportazione dell'embolo è stata fatta la legatura del vaso con l'idea di evitare l'estensione della trombosi; lo stesso si può dire della arteriectomia del tratto contenente l'embolo che ha portato a casi di guarigione per l'arto superiore. Per l'arto inferiore vi può essere una indicazione nei casi di disostruzione impossibile; l'arteriectomia, adottata come mezzo di cura precoce, ha dato cattivi risultati.

I mezzi di cura incruenti, come il massaggio, con cui si vorrebbe spezzare l'embolo e favorirne la progressione in arterie non terminali, potranno essere indicati nei casi in cui non sia possibile eseguire un intervento.

Dal Denk è stata proposta l'iniezione di eupaverina allo scopo di provocare una vasodilatazione e quindi di favorire il circolo collaterale. Questo Autore in 17 casi ha evitato 12 volte la gangrena tanto nella localizzazione per l'arto superiore che inferiore.

Questo mezzo presuppone l'integrità della parete vasale e il suo impiego precoce. L'iniezione di 0,03 di eupaverina va fatta endovenosamente, nello stesso tempo si prepara il malato all'intervento. Se l'eupaverina ha effetto, dopo 20 minuti si cominciano a vederne i risultati, in quanto che l'arto si ricolora e diventa più caldo. Se dopo mezz'ora le condizioni sono invariate si procederà all'embolectomia e nulla sarà perduto. L'effetto dell'eupaverina in genere dura da due a tre ore ed è necessario di ripetere l'iniezione per altre due-tre volte al giorno fino a che si sia stabilito un circolo collaterale ben sviluppato analogamente a quanto succede nelle occlusioni lente dell'arteria. Il metodo è stato sperimentato finora soltanto da Kazda in un caso di embolia bilaterale delle ascellari senza risultato. Ma certamente merita di essere sottoposto alla più larga esperienza, anche perchè la percentuale dei risultati definitivi sarebbe superiore a quella ottenuta con l'intervento.

In tutti i casi è bene di associare a qualunque mezzo impiegato la elevazione dell'arto e specialmente la applicazione del bagno ad aria calda.

(Continua) P. VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 6 luglio 1935.

La termoregolazione ed il ricambio energetico.

U. LOMBROSO e VENTURA. — Gli OO. illustrano il comportamento della temperatura e delle combustioni in seguito alla somministrazione di dinitrofenolo 1-3-6 e dell'atropina, isolatamente esperimentati ed associati; e discutono il risultato di una notevole ipertermia coi due farmaci associati, mentre somministrati isolatamente si dimostrano ipotermici.

Ricerche sull'acido ascorbico (vitamina C) nei tessuti oculari.

E. GALANTE. — L'O. espone i primi risultati di un piano di ricerca riguardante la distribuzione dell'acido ascorbico nei vari tessuti e liquidi oculari, e la maniera come essa varia in talune condizioni di vita, cui si sottopongono gli animali di esperimento, ed in seguito a modificazioni dell'innervazione dell'occhio.

L'anavaccino tubercolare.

V. C. PIAZZA. — L'O. espone i risultati delle sue ricerche, che gli hanno permesso di ottenere, mediante l'azione del calcio e di mezzi fisici, un antigene tubercolare, che egli chiama anavaccino, la cui tossicità è stata profondamente modificata mentre è conservato il potere antigeno. Per tali proprietà esso può essere somministrato in dosi elevate e progressive.

Per una questione di priorità.

L. GIUFFRÈ. — Le osservazioni di Giuffrè e Simoncini sulla produzione di calore dei batteri precedono di parecchi anni quelle di Tangl, Rubner ed altri.

☛ ***Ricordiamo l'interessante pubblicazione:***

Dott. G. DRAGOTTI

LA PSICANALISI

Seconda edizione

accuratamente riveduta, ampliata e corredata del ritratto (in formato di mm. 90×135) di S. Freud.

Prefazione del **Prof. Sante De Sanctis**

SOMMARIO. — I. La dottrina psicanalitica: 1. Storia. - 2. Incosciente e psicodinamismo. - 3. Pansessualismo. 4. Perversioni e neuropsicosi. - 5. Sogni. - 6. Psicopatologia della vita comune. - 7. La psicanalisi nell'arte e nella sociologia. — **II. La psicanalisi delle neurosi e delle psicosi**: 1. Etiopatogenesi delle neurosi e psicosi. - 2. Le neurosi attuali. - 3. Le psiconeurosi. - 4. Le psicosi. - 5. Le neurosi traumatiche ed altre neurosi. — **III. La terapia psicanalitica**: 1. L'azione terapeutica della psicanalisi. - 2. Il metodo delle associazioni spontanee e delle associazioni sperimentali. - 3. Indicazioni e controindicazioni. - 4. Psicanalisi ed igiene morale. — **IV. La critica della psicanalisi.** — **V. Bibliografia.**

Volume di pagg. VIII-96. Prezzo L. **14**, più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati sole L. **12** franco di porto.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'anemia ipocromica essenziale.

H. Schulten (*Münch. med. Wochens.*, 1935, n. 18) fa osservare che tale forma morbosa viene spesso scambiata con l'anemia perniciosa ed i casi di questa così detti refrattari alla cura con fegato sono invece di anemia ipocromica. Quindi, quando manca l'effetto della cura epatica si deve pensare a cambiare la diagnosi od a mutare il rimedio.

Non è facile differenziare l'anemia perniciosa da quella ipocromica, poichè anche questa può decorrere con glossite e con achilia resistente all'istamina. Un segno differenziale consiste nell'indice di colore che nell'anemia ipocromica è generalmente molto al disotto di 1 (0,4-0,6); così pure in questa forma, è molto attivo il ferro che migliora non soltanto l'anemia, ma anche l'astenia, i dolori alla lingua ed alla gola, i disturbi gastrici e le modificazioni della pelle e delle unghie. Si dà ai malati del ferro ridotto in grandi dosi (fino a dieci grammi al giorno), il ferro stabile (g. 0,5-1 al giorno) od altri sali di ferro o composti complessi.

La patogenesi della malattia non è chiara e la delimitazione da altre forme non è sempre netta; ma essa è frequente ed è utile il conoscerla bene per l'influenza notevole che su di essa esercita la terapia. *fil.*

I ritardi del linguaggio.

D. Scuri (*Il Valsalva*, luglio 1935) osserva che vi sono molti bimbi che, dopo l'iniziale estrinsecazione del linguaggio istintivo emozionale delle prime settimane e dopo avere emesso i primi ed elementari suoni articolati, non progrediscono più nell'acquisizione del linguaggio imitativo.

Sono i ritardatari del linguaggio; alcuni dei quali procedono molto lentamente nell'acquisizione del linguaggio stesso, sicchè verso il 4-6 anno vengono a ricuperare il tempo perduto. Altri, invece, o per sfavorevoli condizioni familiari o per speciali complicazioni di questa inerzia mentale progrediscono sempre più lentamente e con acquisizioni effimere semplicemente onomatopeiche. Essi si estraniano sempre più dalla vita ambiente ed il ritardo dell'età mentale sulla cronologica va sempre più aumentando degenerando poi in fatti di deficienza mentale dolorosi e di difficile emendamento.

L'A. studia le cause di questi ritardi, insistendo soprattutto sulla necessità di un'accurata sorveglianza dei bambini nel periodo evolutivo del linguaggio, in modo da poter cogliere fin dall'inizio le alterazioni e porvi rimedio.

Di grande importanza per la rieducazione è l'elemento psicologico, nel senso che alla formazione del linguaggio in questi bambini deve presiedere tutto un lavorìo preparatorio psichico ed associativo, e non limitarsi al puro insegnamento di parole che nella mente rimangono come puri suoni senza senso. *fil.*

La riduzione dei liquidi in terapia generale.

G. Leven (*Soc. de thérapeutique*, 12 giugno 1935) dimostra che la pratica della riduzione dei liquidi si afferma in tutti i domini della patologia in modo tale che il terapista può utilizzarla in una grande quantità di disturbi morbosi (l'A. dice addirittura « tutti ») ed anche in quelli in cui la « lavatura del rene », espressione antifisiologica criticabile sembrerebbe indicata.

La razione totale oscillerà intorno agli 800-1000 cmc. per 24 ore. Non si deve dimenticare che tutti gli alimenti contengono una certa quantità di acqua, specialmente le verdure e le frutta; è tale apporto complementare che rende sufficienti le dette quantità di acqua.

L'azione di tale riduzione si manifesta rapidamente: in 2-3 giorni, si osservano degli utili rallentamenti del polso, degli abbassamenti della pressione arteriosa, diminuzione di volume del fegato, della milza, il miglioramento di eczemi secernenti, di metrorragie prolungate, ecc. Tale razionamento diminuisce la massa delle urine, di cui la quantità detta fisiologica indicata da tutti i trattati corrisponde a razioni più elevate di liquidi. *fil.*

Precauzioni da usarsi nel trattamento con la strofantina.

H. Pribram (*Med. Klinik*, 1935, n. 25) dà i seguenti consigli allo scopo di evitare spiacevoli conseguenze con l'uso della strofantina.

1) L'iniezione va fatta dopo la sospensione di 1-2 giorni dall'uso della digitale; se ciò non è possibile, attenersi alle dosi più piccole. 2) Usando la Strofantina K, non oltrepassare la dose di mg. 0,5. 3) Quando si ripeta l'iniezione, andare molto cauti con le grandi dosi. 4) Le indicazioni non debbono essere molto allargate. Essa è indicata nella forma polmonare della debolezza cardiaca, nell'asma cardiaco, nell'edema polmonare, quando cioè vi sia bisogno di ottenere subito un effetto energico specialmente sistolico, quando l'introduzione orale è inefficace, come nella debolezza cardiaca cronica, quando non si desiderino nè l'ostacolo alla conduzione nè il rallentamento di frequenza del polso. Strofantina e digitale possono essere usate alternativamente, ma l'A. ne sconsiglia l'uso contemporaneo. *fil.*

Gli esercizi respiratori nell'asma.

J. L. Livingstone (*The Lancet*, 28 sett. 1935) consiglia di fare eseguire agli asmatici degli esercizi respiratori, in modo da abituarli alla respirazione diaframmatica.

Si fa fare una *breve* inspirazione per il naso, seguìta da una *lunga* espirazione per la bocca, meglio se accompagnata da rumore, che fissa maggiormente l'attenzione sulla fase espiratoria. Le donne non devono portare busti stretti!

Continuare per dieci minuti (o più) 2-3 volte al giorno. Gran parte del successo dipende dalla personalità dell'istruttore, il quale deve inoltre prevenire che sul principio si avranno dei peggioramenti a causa della tosse provocata dalla lunga espirazione; questa, però, è utile perchè tende a liberare il muco che viene così espulso.

È bene che il paziente pratichi l'esercizio quando sente imminente l'accesso; in tal modo, questo tende ad abortire.

In 75 casi così trattati per un anno, l'A. ha ottenuto buoni risultati clinici in 52, miglioramento in 12, nessun effetto in 11. Il miglioramento dipende essenzialmente dalla capacità del paziente di acquistare mobilità del torace, respiro naturale diaframmatico e padronanza del diaframma; vi è indubbiamente un importante fattore psicologico.

Il trattamento esige perseveranza e sforzo da parte del paziente e dell'istruttore; molti pazienti arrivano a fare abortire l'accesso.

Il metodo è semplice, applicabile in tutti i casi ed è veramente fisiologico; nella serie dell'A., 11 dei pazienti furono incapaci ad apprendere la respirazione diaframmatica.

È ovvio che l'eventuale fattore eziologico (piume, alimenti, malattie nasali importanti) va rimosso. *fil.*

Il carbogeno nelle asfissie acute da ossido di carbonio.

Secondo Guilleman e Pasquie (*Gazette des hôpitaux*, 7 e 14 sett. 1935) è a Yandelt Henderson e collaboratori che noi dobbiamo la conoscenza dell'importanza fisiologica dell'acido carbonico nella respirazione. Ma gli AA. dimenticano che il primo a dimostrare tale importanza fu il nostro Mosso, molti anni fa, e che gli AA. americani non hanno fatto che completare con i larghi mezzi a loro disposizione la scoperta del Mosso.

Comunque, ora da un certo tempo si utilizza per la respirazione artificiale nelle asfissie il carbogeno, che è una miscela di ossigeno con il 5-7 % di acido carbonico; secondo Henderson, il carbogeno, in America sarebbe più largamente utilizzato che l'ossigeno puro.

Gli AA. (che sono medici nel corpo dei pompieri), hanno sperimentato molte volte con buoni risultati le inalazioni del carbogeno nelle asfissie da ossido di carbonio e studiano qui l'azione fisiologica di tale miscela di gas. Le inalazioni di carbogeno hanno una manifesta azione ipotensiva, debole e transitoria, poichè, anche associate al salasso, non provocano incidenti circolatorî di sorta.

D'altra parte, tali inalazioni hanno un'azione notevole, ad un tempo preventiva e curativa, sulle complicazioni polmonari dell'asfissia da ossido di carbonio e sulle infezioni parenchimatose in genere. Infine, ben lungi dall'aumentare l'acidosi post-asfittica, l'anidride carbonica sarebbe un potente regolatore dell'equilibrio acido-base.

Per ottenere dei buoni risultati, il carbogeno deve essere utilizzato in modo progressivo ed abbastanza prolungato e non temere di ricorrere anche a dosi notevoli. È questo il solo mezzo di far beneficiare i malati di un rimedio di cui i rischi e gli inconvenienti sono minima cosa in confronto degli immensi vantaggi che presenta. *fil.*

Recenti progressi nel trattamento del diabete.

Due problemi principali sorgono nel trattamento del diabete: la prevenzione di ogni abnorme variazione della glicemia e la scelta della dieta migliore.

La glicemia dovrebbe sempre essere determinata per stabilire la diagnosi e per controllare il periodo iniziale del trattamento. Un'idea approssimativa della glicemia può aversi saggiando l'urina rispetto alla presenza di zucchero. I pazienti possono imparare ad esaminare da sè l'urina: meglio della reazione di Fehling si preferebbe, secondo G. Graham (*The Practitioner*, ottobre 1935) quella di Benedict, la quale benchè richieda più tempo, è di più facile interpretazione e non presenta cause di errore.

È utile determinare lo zucchero nelle urine più volte al giorno e tracciare un grafico, il che permetterà di stabilire quale dose d'insulina bisogna modificare.

Grandi modificazioni ha subìto negli ultimi anni la dieta, con notevole beneficio dei pazienti. La dieta prima usata, era deficiente in valore calorico ed in carboidrati e generalmente conteneva un eccesso di grassi: negli ultimi 6-7 anni si sono aumentati gli idrati di carbonio e diminuiti i grassi. Un altro schema invece aumenta i carboidrati e porta i grassi ad un livello notevole, con aumento considerevole del valore calorico.

Se si somministrano due dosi di insulina, sarà bene consumare tre pasti al giorno: fenomeni di ipoglicemia possono essere corretti aggiungendo una terza dose e riducendo quella del mattino; meglio ricorrere in tali casi ai pasti « tampone »: somministrazione di piccola quantità di carboidrati a metà della mattinata ed eventualmente la sera prima di coricarsi.

Durante le malattie infettive le dosi devono essere aumentate. Bisogna tenere presente nel trattamento che l'esercizio può provocare at-

tacchi di ipoglicemia: per questa ragione non è consigliabile il bagno ed il nuoto tra le 11,30 e le 13. I pazienti che non riconoscono i sintomi dell'ipoglicemia non dovrebbero guidare automobili; gli altri possono farlo, purchè prendano opportune precauzioni.

M. NUNBERG.

Insulino-resistenza completa nel diabete.

Ne ha osservato un caso Edgar Wayburn (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, agosto 1935). Si trattava di una donna di 44 anni, tubercolotica cavitaria, febbricitante, nella quale non si riusciva ad ottenere abolizione della glicosuria anche con 320 unità di insulina al giorno mentre la dieta conteneva 160 gr. di idrocarboidrati, 60 di grassi e 60 di proteine.

Successivamente si giunse a 415 unità e ancora c'era ed aumentava la glicosuria. Il giorno seguente una notevole riduzione della dose di insulina (70 unità) la paziente entrò in coma e morì nonostante la somministrazione abbondante di insulina ricominciata subito.

Nei primi tempi in cui si parlò di insulinoresistenza del diabete si pensò che le dosi di insulina fossero insufficienti. Secondo gli esperimenti di Hedon e Mc Leod, Root calcola che un uomo completamente spancreatizzato abbia bisogno di 200-300 unità di insulina al giorno. Ma furono descritti casi in cui superando anche di molto queste dosi (400-500 unità nel caso di Pollack e Lang) non si ebbero risultati. Molto più numerosi sono i casi di insulino-resistenza relativa. In alcuni casi la resistenza all'insulina scomparve improvvisamente senza che si sia potuto sapere perchè. Secondo Mäusler e Högler e Känsler e Loewi, l'insulino-resistenza dipende dalla presenza nel sangue di una sostanza antagonista della insulina, perchè essi videro che gli eritrociti di diabetici insulino-resistenti e di cani spancreatizzati assorbono meno zucchero del sangue normale. Essi chiamarono questa sostanza « glicammina ».

Secondo Himscowth l'insulina secreta dal pancreas è inattiva e per essere attivata ha bisogno di una sostanza attivatrice derivante dal fegato. Certamente i casi di insulino-resistenza sono più frequenti in malati di fegato, ma ancora non è stata dimostrata l'esistenza di antinsulina nel fegato.

R. LUSENA.

VARIA

Ipertensione ed ambiente.

Per quanto le nostre conoscenze sulla causa o sulle cause dell'ipertensione siano pressochè nulle, pure almeno un fattore è comunemente accettato ed è quello della tendenza famigliare. Ora anche questo fattore viene messo in disparte, a favore dei fattori ambientali, che, secondo E. Barath e A. Mirgay (*Wiener Arch. f. Innere Medizin*, agosto 1934), hanno importanza più fondamentale. Gli AA. non danno alcuna importanza alla dieta carnea, in quanto, essi affermano, l'ipertensione è rara negli esquimesi, i quali si nutrono pressochè soltanto di carne e di grassi, mentre è frequente, quasi quanto negli altri paesi, nel Giappone, in cui la dieta è largamente vegetariana. Ciò che gli AA. più mettono in evidenza è l'alta proporzione di ipertesi nella parte più educata della popolazione, nella gente che vive nelle grandi città, in quelli che hanno più alte responsabilità. La malattia, per es., è relativamente rara fra i contadini dell'Ungheria, un popolo che lavora forte e beve vino; lo studio di 362 casi di ipertensione fra questi dimostrò che circa il 44 % erano individui « altamente educati », che cioè avevano fatto le scuole superiori o l'Università. Nessun dubbio, secondo gli AA., che una ricerca simile, fatta in qualsiasi altra nazione, darebbe risultati presso a poco uguali.

Le conclusioni degli AA. ungheresi ci sembrano un poco esclusiviste: se è vero che spesso l'ambiente costruisce la personalità dell'individuo, è anche vero che spesso l'individuo, che abbia per natura una sua forte personalità, cerca da sè l'ambiente che più gli si confà: e siccome il tipo di uomo corrispondente al quadro dell'iperteso ha più spesso sì che no una personalità vigorosa, è improbabile che, anche nascendo in un villaggio, vi resti tutta la vita.

G. LA CAVA.

☞ *Interessante pubblicazione:*

Prof. VINCENZO GIUDICEANDREA
Docente di Patologia spec. med. nella R. Università di Roma.

Diagnostica medica e mezzi sussidiari di Laboratorio
Manuale per Medici pratici e Studenti.

Ne riportiamo il Sommario in riassunto:

PARTE PRIMA: **Malattie da batteri o da Parassiti.** — PARTE SECONDA: **Malattie dell'apparecchio circolatorio.** — PARTE TERZA: **Malattie dell'apparecchio respiratorio.** — PARTE QUARTA: **Malattie del sistema digerente e degli organi annessi.** — PARTE QUINTA: **Malattie dell'apparecchio uropoietico.** — PARTE SESTA: **Condizioni patologiche degli organi emopoietici e del sangue.** — PARTE SETTIMA: **Malattie del sistema nervoso e sindromi endocrino-simpatiche.**

In questo libro vengono coordinate e inquadrate nel campo della completa osservazione clinica le varie ricerche di laboratorio; e l'A., giovandosi anche della sua lunga esperienza professionale e didattica, ha trattato la complessa materia seguendo un indirizzo eminentemente pratico.

In rapporto alle preventive nozioni sui vari organi, alle varie forme morbose ed alle loro possibili complicazioni, vengono considerate le particolari indicazioni per le indagini sussidiarie. Di queste sono esposti i concetti fondamentali e le norme di prelevamento, con le più precise indicazioni di tecnica per quelle che ogni medico potrebbe eseguire, e insistendo sovratutto sulla reale importanza diagnostica e prognostica di ciascuna, senza trascurare le conoscenze che per tutti rappresentano necessari elementi culturali.

Le numerose figure, in gran parte originali e spesso eseguite in forma di riproduzioni schematiche, concorrono all'efficacia dell'esposizione, estesa anche alle conoscenze ed ai metodi più recenti, al contributo scientifico italiano in questo campo ed alle indicazioni bibliografiche.

Il libro quindi può dirsi per gli studiosi in genere un indispensabile completamento dei trattati di Patologia; e potrà essere sommamente utile ai Medici pratici per regolarsi quando il solo esame dell'infermo non dà sicuri elementi di giudizio.

Volume di pagg. XVI-488, con 122 figure in nero e a colori nel testo. Prezzo L. **68**, più le spese postali di spedizione. Ai nostri abbonati è ceduto per sole L. **52** in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

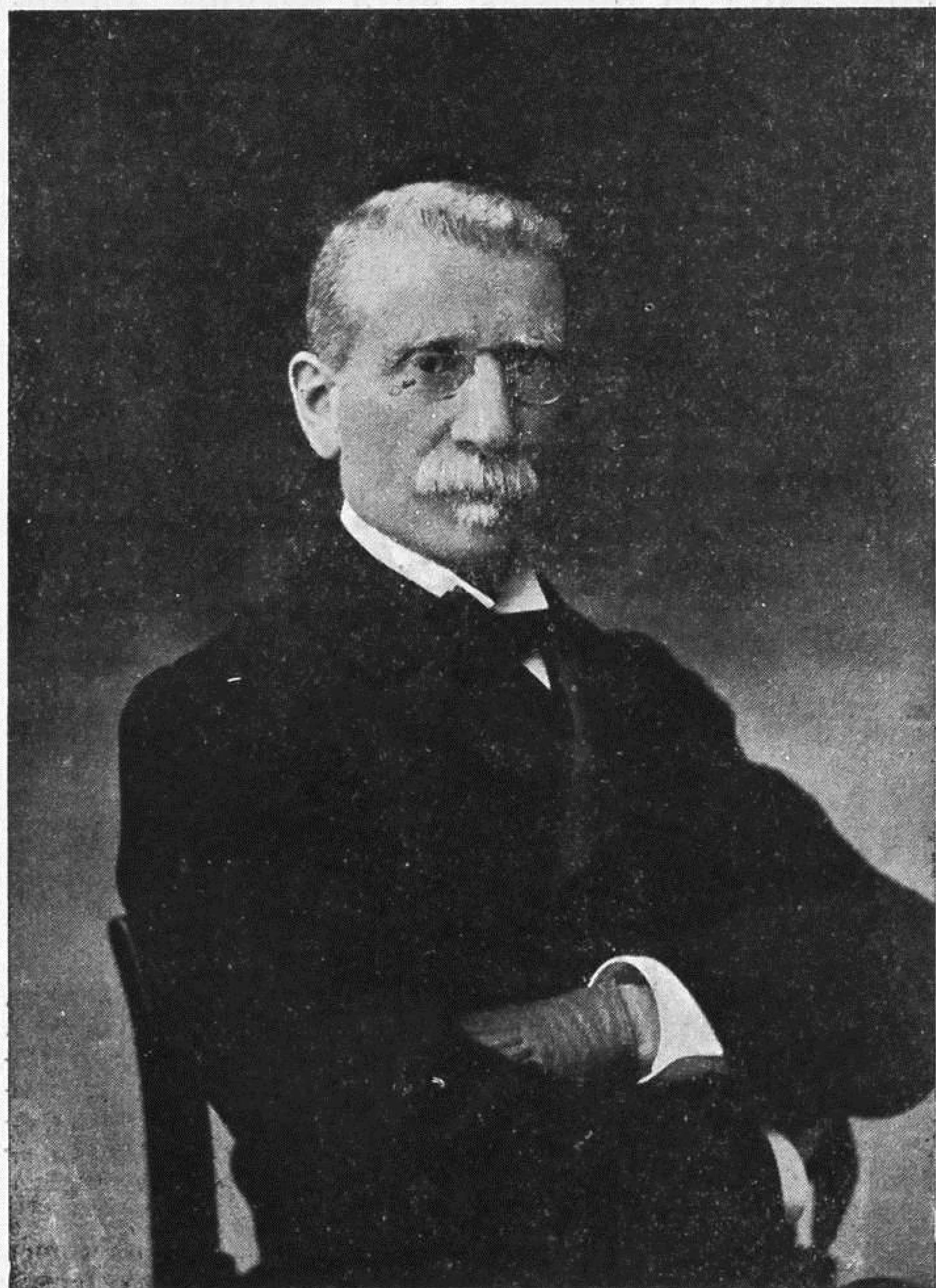
NELLA VITA PROFESSIONALE.

BIOGRAFIE.

ETTORE MARCHIAFAVA

La scomparsa di ETTORE MARCHIAFAVA lascia un vuoto che non potrà essere colmato presso chi aveva l'abitudine di considerarlo sempre presente, sempre pronto a dare il conforto della sua illimitata esperienza, e di una fede che rimase immutata attraverso le vicende talora dolorose di una lunga esistenza.

Nato in Roma il 3 gennaio 1847, Marchiafava vi compì i suoi studî di medicina, ottenendo la laurea *ad honorem* nel 1871. Prestò servizio in qualità di assistente negli Ospedali di Roma, e con-



(3 gennaio 1847 — 23 ottobre 1935)

seguì la medaglia d'oro. Nel 1872 fu nominato assistente alla cattedra di anatomia patologica nella R. Università di Roma, retta dal prof. Tommasi-Crudeli, e vi rimase fino alla Sua nomina a professore straordinario nel 1881, alla quale seguì quella a professore ordinario nel 1883. Come tale, resse la Cattedra di anatomia patologica sino al limite di età nel 1922. I suoi meriti ebbero largo riconoscimento in Italia e all'estero. Fu eletto Senatore del Regno nel 1913, vice-presidente dell'Accademia dei Lincei nel 1933. Conseguì la medaglia « Patrick Manson » della Società di Medicina Tropicale e Igiene di Londra. Fu socio della Reale Società di Medicina di Londra, della Società dei Medici Americani, della Società di Medicina Tropicale, dell'Istituto Pasteur, del Collegio Reale dei Medici di Edinburgo ecc.

Il nome di Marchiafava è strettamente legato alla storia degli studî sulla malaria: il suo primo lavoro porta la data del 1879, e riguarda l'origine della melanemia. Virchow e Frerichs sostenevano che il pigmento nero si formasse nella milza; Arnstein e Kelsch, nel sangue circolante dopo disfacimento dei globuli rossi. Marchiafava invece dallo studio della polpa splenica e del midollo osseo di bambini melanemici, venne alla conclusione che la conversione della emoglobina in pigmento nero occorre gradatamente entro il globulo rosso; e ciò prima che Laveran descrivesse i corpi pigmentati dei quali riconobbe la natura parassitaria, corpi che non credeva endoglobulari, ma aderenti al globulo rosso (1880). E nel 1883, insieme con Celli, dimostrò che la comparsa del pigmento è preceduta da alterazioni caratteristiche del globulo rosso, consistenti nell'apparizione nell'interno di essi di corpicciuoli che si colorano col bleu di metilene, dei quali sospettò la natura parassitaria. È questa la prima descrizione della fase non pigmentata del parassita e della sua sede endoglobulare. Negli anni successivi, Marchiafava e Celli continuarono con tenacia lo studio di tali alterazioni del sangue malarico: descrissero i movimenti ameboidi e le varie forme, anulari, discoidi, che i corpicciuoli endoglobulari senza pigmento assumono nel sangue esaminato a fresco, e nel 1885 ne affermarono decisamente la natura parassitaria, mettendo in evidenza i caratteri distintivi dagli accidentali vacuoli dei globuli rossi. Riconobbero che « le amebe o plasmodi non pigmentati » spesso costituiscono l'unico reperto in casi di febbre malarica grave o perniciosa (onde l'importanza pratica del saperli riconoscere), e ne descrissero le forme di scissione e l'accumulo nei capillari del cervello nei casi letali.

Non bisogna dimenticare che era l'epoca delle grandi scoperte della batteriologia, e il parassita della malaria il primo esempio di parassita endoglobulare appartenente alla classe dei protozoi: era necessaria una grande originalità da parte dei primi ricercatori.

Basta leggere i rendiconti dei congressi di medicina interna in Roma del 1888 e 1889 per avere un'idea delle difficoltà e delle opposizioni attraverso le quali procedeva il lavoro di Marchiafava e Celli, condotto « con pazienza di certosino ».

Nove anni dopo la scoperta di Laveran, fisiologi, come Mosso e clinici, come Maragliano, ritenevano che i parassiti descritti da Marchiafava non fossero distinguibili dalle alterazioni che si producono in ogni sangue tenuto in condizioni anormali. Zoologi, come Grassi (1887), vedevano nel nuovo parassita endoglobulare soltanto « una stella cadente ». E Laveran stesso, nel 1890, consigliava, per orientarsi rapidamente nella diagnosi di malaria, di aggiungere al preparato di sangue una goccia di acqua, affinchè si rendessero più evidenti i parassiti pigmentati.

Non inferiori sono i meriti di Marchiafava nello studio clinico della malaria; a Lui e ai suoi allievi si deve la revisione della clinica delle perniciose, la descrizione di tipi nuovi (come la perniciosa bulbare); e sopratutto lo studio sistematico, fatto con Bignami, delle febbri estivo-autunnali (1891), nel quale fu messa in evidenza la curva febbrile della terzana estivo-autunnale. Tale la-

voro fu tradotto in inglese per la Sydenham Society.

I lavori di Marchiafava e dei suoi collaboratori e allievi si trovano riassunti nel trattato sulla Infezione malarica, scritto con Bignami e pubblicato a New York nello Twentieth Century Practice of Medicine nel 1900, e da Vallardi nel 1902; del quale è uscita recentemente una seconda edizione, riveduta con la collaborazione di A. Nazari. Tale trattato è stato giudicato in Italia e all'estero come il più completo esistente sull'argomento.

Ma l'attività di Marchiafava non fu limitata al campo della malaria.

Fra i suoi lavori di anatomia patologica, ricorderò quello sull'arterite tubercolare, le osservazioni sulla glomerulo-nefrite, che contengono la prima descrizione della glomerulite produttiva epiteliale, e gli studî sull'anatomia patologica della sifilide ereditaria; fra le altre lesioni, per primo descrisse l'arterite sifilitica delle arterie cerebrali nella lue ereditaria (1878).

Di grande importanza sono le sue ricerche sull'infezione pneumonica; a Lui si deve la prima descrizione dell'induramento polmonare consecutivo alla polmonite cruposa (1882), oltre a numerose osservazioni, sull'infiammazione cruposa dell'intestino crasso associata a polmonite, ecc. L'associazione della polmonite a risoluzione ritardata con endocardite e meningite purulenta embolica, va col nome di triade pneumonica di Marchiafava.

A Marchiafava e Celli si deve la prima descrizione del micrococco gonococciforme agente etiologico della meningite cerebro-spinale (1884), che va col nome di meningococco di Weichselbaum (1887).

Nel suo laboratorio, l'interesse allo studio della patologia nervosa fu sempre vivo. Egli vide nel 1897 quell'alterazione del corpo calloso nel cervello degli alcoolisti, studiata poi con Bignami-Nazari, « che è forse la più interessante scoperta anatomica nelle malattie mentali, dopo quella della paralisi progressiva ».

Numerose sono le osservazioni che fanno fede della sua larga esperienza clinica: basti ricordare lo scritto sull'angina pectoris e la sua cura (1904), nel quale fu uno dei primi a sostenere l'efficacia terapeutica della teobromina; quello sull'ipotiroidismo cronico (1911), nel quale è messo in evidenza il sintomo dell'ipersonnia; e quello sull'aortite ulcerosa tifica (con A. Nazari).

Recentemente, Egli ha descritto una forma morbosa nuova, l'anemia emolitica con emosiderinuria perpetua.

Come insegnante, fu efficacissimo; le sue lezioni, semplici, chiare, non ingombre da citazioni inutili, davano sempre un'idea esatta dello stato presente delle conoscenze sull'argomento in questione; erano frequentate non solo dagli studenti, ma anche da numerosi medici, specie degli ospedali. Seguendo il precetto di Morgagni (Morborum historiis dissectiones adiectae), dall'esame dei pezzi anatomici traeva la spiegazione dei sintomi clinici e del decorso della malattia; nell'epicrisi dei casi presentati, la fisiopatologia e la clinica vivificavano l'anatomia patologica. E ciò poteva fare solo chi, alle conoscenze di patologia, univa larghissima esperienza clinica.

La sua modestia fu pari al suo valore; l'uomo del quale non a torto fu detto che aveva « tutto veduto », soleva ripetere che mai era uscito dalla Sala incisoria senza avere imparato qualche cosa di nuovo. Le numerose generazioni di medici educate alla Sua scuola non potranno dimenticare quello che a Lui debbono, e parleranno di Lui ai giovani che non hanno potuto conoscerlo.

Come medico e come consulente ebbe grandissimo successo. Fu medico di tre papi, di Casa Savoja, di tutti i personaggi più illustri d'Italia e di molti stranieri, ai quali prestò il soccorso della sua arte con grande dignità e disinteresse; ma era sempre pronto ad accorrere presso gli umili, e chiunque è stato curato da Lui, ne parla sempre con sentito rimpianto. Nella cura dei malati seguì il precetto del suo Maestro Guido Baccelli: « Siate semplici come una linea, fuggite la polifarmacia come la peste, siate filosofi ma scettici ». Buono e affabile con tutti, tutti potevano dirsi suoi amici; ma chi ebbe la fortuna di maggiore intimità con Lui, sapeva apprezzare le sfumature e ne andava orgoglioso.

La sua cultura umanistica è a tutti nota; amava ornare di lunghe citazioni latine le sue conversazioni e i suoi scritti. Lavoratore infaticabile sino alla fine, sono di questi ultimi mesi alcuni articoli pubblicati nella « Nuova Antologia ».

Non si può non rimanere stupiti nel considerare la mole del lavoro fornito da Lui e dalle persone di cui Egli, grande conoscitore di uomini, aveva saputo circondarsi: Celli, Guarnieri, Galassi, Ferraresi, Bignami, Giuseppe e Raffaele Bastianelli, Dionisi, Nazari. Di questo lavoro, nulla è stato modificato, nulla o pochissimo aggiunto, molto è già nella storia della medicina. E chi ricorda l'antico laboratorio di S. Spirito, quello di Via De Pretis, sa quali erano i mezzi che tali uomini avevano a disposizione. Possa il Loro esempio servire di incoraggiamento e di guida alle giovani generazioni.

FR. BIGNAMI.

BIBLIOGRAFIA.

Della angioite obliterante. R. Acc. dei Lincei, 1876. — *La sifilide delle arterie cerebrali*. Ibid., 1877. — *Sopra la glomerulonefrite scarlattinosa*. Ibid., 1877. — *Sopra la genesi della melanemia*. Commentario Clinico di Pisa, 1879. — *Sopra l'endocardite micotica*. Acc. Med. di Roma, 1880. — *Sopra la genesi della melanemia*. R. Acc. dei Lincei, 1884. — *Sulla infezione malarica*. Gazzetta degli Ospedali, 1884. — *Sulla infezione malarica* (con A. CELLI). Arch. Scienze Mediche, 1885-1886. — *Sul parassita delle febbri gravi estivo-autunnali* (con A. CELLI). Riforma med., 1889. — *Sulle febbri malariche estivo-autunnali* (con A. BIGNAMI). Tip. Loescher, Roma, 1892. — *La infezione malarica. Trattato per medici e studenti* (con A. BIGNAMI). Milano, Vallardi, 1903-1931. — *Sopra la sclerosi delle arterie del cuore*. Riv. Clinica Medica, 1904. — *Sopra un'alterazione del corpo calloso nell'alcoolismo cronico*. Atti Soc. Ital. di Patologia, 1907. — *Sopra la polmonite produttiva quale esito della polmonite fibrinosa lobare*. Policlinico, 1907. — *Sopra l'ipotiroidismo cronico*. Riforma medica, 1911. — *Contributo allo studio degli itteri cronici emolitici* (con A. NAZARI). Policlinico, 1911. — *La patologia dell'alcoolismo*. Atti del Congr. Int. contro l'alcoolismo, Milano, 1913. — *Sopra l'aortite ulcerosa tifica* (con A. NAZARI). Policlinico, 1923. — *Anemia emolitica con emosiderinuria perpetua*. Policlinico. 1928-31. — *La eredità in patologia*. Un. Tip. Ed. Torinese, 1930.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Contributi obbligatori ai Consorzi Provinciali antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubbl.) ha inviato una Circolare ai Prefetti e alle Autorità assimilate, in data 9 sett., perchè provvedano a far corrispondere, dai Comuni e dalle Amministrazioni Provinciali, i contributi obbligatori arretrati dovuti ai Consorzi provinciali antitubercolari; salvo ad autorizzare la ratizzazione del debito in più annualità, in casi di constatata necessità ed in via del tutto eccezionale; le quote relative all'esercizio in corso ed a quelli venturi dovranno essere integralmente e puntualmente versate.

Le ostetriche e i Consigli di Sanità.

La Segreteria Nazionale del Sindacato Ostetriche, per il tramite della Confederazione Fascista Professionisti e Artisti, ha sollecitato il Ministero dell'Interno a provvedere all'inclusione dei rappresentanti la categoria tanto nel Consiglio Superiore quanto nei Consigli Provinciali di Sanità. Il Ministero dell'Interno ha assicurato che il voto sarà tenuto presente nel caso che si dovesse in prosieguo provvedere alla modifica della composizione dei predetti Consigli, ora stabilita, rispettivamente, dagli articoli 12 e 17 del vigente Testo Unico delle Leggi Sanitarie. Frattanto il Ministero ha assicurato che, valendosi del disposto dell'art. 22 del Testo Unico, non mancherà di far partecipare ai lavori del Consiglio Superiore un rappresentante del Sindacato Nazionale Ostetriche ogni qual volta siano in discussione questioni che interessino la categoria; analoghe istruzioni sono state impartite ai Prefetti per quanto concerne i Consigli Provinciali di Sanità.

Cronaca del movimento professionale.

Espletamento dei concorsi per le condotte sanitarie.

Il Ministero dell'Interno, con circolare telegrafica ai Prefetti e Autorità assimilate, in deroga alle recenti disposizioni sospensive, ha autorizzato l'espletamento dei concorsi già banditi per il conferimento delle condotte mediche, veterinarie ed ostetriche.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BRESSANONE (*Bolzano*). — Comune cerca Medico Assistente per sanatorio malattie di petto. Assunzione immediata. Per chiarimenti rivolgersi al Comune. (Commissario Prefettizio: dott. Bettarini).

POGGIODOMO (*Perugia*). — Comune cerca medico chirurgo interino, massimo anni 35, stipendio mensile L. 800 lorde, cavalcatura carico Comune. Inviare domanda al Podestà.

VARESE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Si rende noto che in seguito a disposizioni dell'On. Ministero dell'Interno, il concorso a 5 posti di Medico Dirigente delle Sezioni Dispensariali ed al posto di Medico Aiuto del Dispensario Provinciale verrà espletato. Si avverte inoltre che il termine utile per la presentazione della domanda e dei documenti per essere ammessi al detto concorso è prorogato al 14 dicembre 1935-XIV, ore diciotto. Il presidente: G. Puricelli. - 6-XI-1935-XIV.

VARESE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso, per titoli ed esami, a 5 posti di assistente sanitaria visitatrice presso i Dispensari Antitubercolari della provincia di Varese. Stipendio annuo L. 7200 suscettibile di 4 aumenti triennali del decimo oltre ad un'indennità di servizio attivo di L. 1345 annue, il tutto con le riduzioni stabilite dai RR. DD. Legge 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561 Scadenza ore 16,30 del 16 dicembre 1935-XIV. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Premio Nobel per la chimica è stato conferito al prof. Jolliot e alla moglie signora Irene nata Curie, per le loro ricerche sulla radioattività.

Il prof. comm. Gaetano Boschi, direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Ferrara, è stato nominato, con *motu proprio* Sovrano, grand'ufficiale della Corona d'Italia. Rallegramenti cordiali all'illustre amico.

Il dott. Michele Carbone è stato, di recente, nominato direttore sanitario della Cassa Mutua per gli operai edili della Provincia di Cosenza. Egli è risultato primo assoluto fra i tredici concorrenti presentatisi al concorso.

NOTIZIE DIVERSE

Condizioni sanitarie nell'Africa Orientale.

Secondo notizie ufficiali, dal 1° marzo al 30 settembre, su 35.000 operai addetti all'A. O., si sono avuti 211 morti, il che corrisponde a una proporzione del 7 per mille in 7 mesi. Il coefficiente di mortalità è in diminuzione costante dal marzo, per effetto delle misure sanitarie.

Nello stesso periodo la morbosità è stata di 25 per mille, inferiore a quella media nel territorio del Regno, ove è di 30 per mille. Si deve aggiungere che, essendo ultimati i lavori nel bassopiano, la proporzione va decrescendo, perchè ora i lavori si svolgono in zone salubri.

Il vitto e l'orario di lavoro sono ben regolati.

Limitazioni di libri e giornali esteri.

La Presidenza della Federazione Nazionale Fascista del Libro, della Carta ed affini, interpretando il desiderio unanime dei librai italiani, ha votato il seguente ordine del giorno:

« Considerato il dovere di ogni italiano di applicare anche nel campo culturale « *le nostre sanzioni* » contro quelle nazioni che rifiutano di acquistare i nostri prodotti; mentre riconosce le esigenze, che le aziende associate hanno, di esaurire le giacenze di pubblicazioni straniere; fa preciso affidamento sul disciplinato spirito patriottico di tutti i librai italiani, per ridurre l'importazione di libri, giornali e riviste dai paesi sanzionisti, entro i limiti strettamente necessari per le esigenze della Scienza e della Tecnica, secondo le norme che verranno impartite ai Sindacati provinciali ».

Assise italiane di medicina generale.

Il 1° dicembre p. v. alle ore 9 avrà luogo, nell'aula dell'Istituto di patologia medica della R. Università di Milano (Padiglione Granelli dell'Ospedale Maggiore), la seconda Assemblea generale delle Assise Italiane di Medicina, alla quale parteciperanno numerosi clinici e medici pratici dell'Italia Settentrionale. Verrà discusso il tema: « Etiopatogenesi e terapia delle nefriti ». Tutti i medici possono intervenire.

Segreteria: Clinica Medica Generale della R. Università, via F. Sforza 35, Milano.

1° Congresso nazionale della società italiana di anestesia e di analgesia.

Come ne abbiamo già dato notizia, il 1° Congresso Nazionale della Società Italiana di Anestesia e di Analgesia si è tenuto a Bologna il 26 ottobre, in una delle sale dell'Archiginnasio. Ha aperto il Congresso il prof. Bellei rappresentante del Podestà di Bologna che ha portato ai congressisti il saluto della città ed ha illustrato gli alti fini umanitari e scientifici della Società.

Il Congresso è stato presieduto a turno dai proff. Alessandri, Donaggio e Uffreduzzi. Oltre alla seduta scientifica in cui sono stati trattati vari ed interessanti argomenti, alle ore 11 si è svolta la seduta amministrativa e finanziaria nel corso della quale si è proceduto alla nomina del Comitato Direttivo. I soci hanno approvato per acclamazione la seguente lista proposta dal Comitato ordinatore del Congresso: presidente: prof. Alessandri (Roma); vice-presidenti: proff. Donaggio (Bologna), Aiazzi-Mancini (Firenze); consiglieri: proff. Alfieri (Milano), Anzillotti (Livorno), Donati (Milano), Lunedei (Firenze), Pieri (Udine), Stoppato (Firenze), Uffreduzzi (Torino); segretario: A. M. Dogliotti (Modena); vice-segretario: G. Giordanengo (Torino); cassiere: M. Bogetti (Torino).

Sono inoltre stati proposti i temi per il Congresso Nazionale del 1936 che sarà tenuto a Roma nei giorni che saranno fissati per i Congressi delle Società Italiane di Medicina e di Chirurgia.

A norma di Statuto il Congresso non tratterà che argomenti inerenti ai temi di relazione salvo eccezioni approvate dalla Presidenza per argomenti riconosciuti di alto valore scientifico.

Sono stati approvati i seguenti temi: 1) L'anestesia basale. Meccanismo d'azione, vantaggi e pericoli; 2) Incidenti gravi e mortali da anestesie.

Il 1° tema è stato affidato al prof. Aiazzi-Mancini che ne svolgerà la parte farmacologica ed affiderà a collaboratori chirurghi la parte clinica. Per il 2° tema si è stabilito di affidarne una parte ai dottori Bogetti e Giordanengo e si è delegata la Presidenza per la scelta di un altro relatore.

In onore del prof. Pende.

Il Rettore della più importante Università francese dopo Parigi, l'Università di Bordeaux, ha invitato il sen. prof. Nicola Pende a ricevere la laurea di dottore « honoris causa » in una cerimonia solenne che la Facoltà medica di Bordeaux terrà per accogliere degnamente lo scienziato italiano.

La cerimonia autorizzata dal Governo francese, vuol rivestire il significato di una nuova testimonianza di stima ed amicizia della parte intellettuale più alta della Francia verso l'Italia mussoliniana, che alle sanzioni ginevrine oppone la sua formidabile volontà e gli uomini che l'onorano per le vie del mondo.

Sanatorio antitubercolare a Taranto.

Coll'intervento dell'on. Biagi, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale, e delle Autorità e Gerarchie, è stato inaugurato a Taranto, l'11 novembre, il grandioso Ospedale sanatoriale antitubercolare, costruito in una pittoresca località, offerta dal Consorzio Provinciale Antitubercolare. L'on. Biagi ha ricordato l'attività bonificatrice di Taranto, iniziatasi lo scorso anno coi primi colpi di piccone dati dal Duce. L'Ospedale, che è costato sei milioni, occupa una superficie di circa 58 mila metri quadrati, è costruito con la più moderna tecnica sanatoriale ed è capace di circa 220 posti-letto.

Una "bomba del radium" a Londra.

L'Ospedale Westminster di Londra, specializzato nel trattamento del cancro con la bomba di radio, avrà presto una nuova bomba, contenente 4 grammi del prezioso elemento, del costo di oltre 2 milioni di lire it.

La bomba fin'ora usata conteneva 2 grammi di radio; è servita per oltre 600 pazienti, sui quali si sono effettuate più di 7000 applicazioni. Per 5 giorni della settimana essa veniva usata giorno e notte, continuativamente, e perciò gli operatori si avvicendavano in 3 turni durante 24 ore; negli altri due giorni della settimana (sabato e domenica) la bomba era riservata per studi di fisica e sperimentali.

Si è riconosciuto che l'azione curativa è più sicura se la bomba viene tenuta a distanza; ma, a tale scopo, si richiede un quantitativo maggiore di radium: per questo motivo si è ricorso alla nuova bomba, con quantitativo doppio di radium.

Azioni giudiziarie.

Nell'Ospedale San Rocco di Nizza una cameriera, recatasi a farsi estrarre la punta di un ago il quale era penetrato nella palma della mano sinistra e si era spezzato, ebbe praticata un'incisione da un interno; l'ago fu estratto, ma venne leso un ramo del nervo cubitale e ne seguì paralisi completa di tre dita. A risarcimento di questa incapacità, la vittima dell'infortunio ottenne, dal tribunale civile di Nizza, una rendita annua di franchi 1.087,50; in conformità alla legislazione francese sugli infortuni del lavoro, furono obbligati i suoi padroni a corrisponderla. La sentenza precisava che per i danni contemplati dal Codice Civile, era competente la giurisdizione amministrativa. Perciò la parte lesa si è rivolta al Consiglio di prefettura ed ha chiesto 100.000 franchi d'indennizzo. Alla sua richiesta si è unita quella dei suoi padroni, i quali intendono di essere risarciti dagli Ospizi Civili di Nizza e garantiti per il pagamento della rendita a cui essi sono stati condannati. Gli Ospizi Civili sostengono che l'interno ha praticato l'intervento quantunque i regolamenti dell'Istituto vietino agli interni non forniti del diploma di dottore, di praticare interventi operativi: dunque egli avrebbe oltrepassato il suo mandato e perciò sarebbe il solo responsabile. Si attende ora la decisione.

Un po' dovunque.

I ricoverati di molti sanatori antitubercolari, come già quelli dell'Istituto Forlanini, hanno espresso il voto di partecipare, nella misura loro possibile, alla mobilitazione nazionale, rinunziando per uno o per due giorni della settimana, alla razione di carne.

L'avv. Vittorio Damasso, squadrista della vigilia, per poter essere dichiarato abile e partire al più presto volontario per l'A. O., si è sottoposto a due atti operatori, che hanno avuto esito felice.

Il 12 novembre giunsero a Gibuti dieci medici svedesi e numerosi infermieri, con sei ambulanze e autocarri sussidiari; erano diretti in Abissinia.

I feriti abissini sul fronte somalo sono stati così numerosi, che non hanno potuto trovare posto negli ospedaletti da campo di Giggica e in quelli delle retrovie diretti dall'americano dott. Hockman; molti sono stati inoltrati in camion a Addis Abeba e ricoverati nell'ospedale svedese.

I giornali riferiscono ora le tristi vicende di un giovane medico, diplomato a Losanna, assunto dall'attuale negus, allora reggente, come chirurgo nell'Ospedale « Menelik II » di Addis Abebà. Il medico dovette subire una lunga persecuzione, perchè si rifiutò di avvelenare la suocera del reggente e la stessa imperatrice Zaoditù.

Dal 12 al 19 ottobre si è tenuto a Messico il 7° Congresso pan-americano del fanciullo; è stato diviso in 6 sezioni: Pediatria medica, Pediatria chirurgica, Igiene infantile, Assistenza e servizio sociale, Legislazione, Educazione.

Il 45° Congresso dell'Associazione francese di chirurgia, che si adunerà nel 1936, sarà presieduto dal prof. Victor Pauchet. Temi all'ordine del giorno: La pneumectomia; Gl'innesti ovarici; La chirurgia nei diabetici. Alla vice-presidenza dell'Associazione è stato nominato il dott. Romillois, direttore generale del Servizio di Sanità militare, che la presiederà nel 1937.

L'Associazione ospedaliera americana si è adunata in St. Louis, dal 30 settembre al 4 ottobre, sotto la presidenza del dott. R. Jolly. Nella stessa occasione si sono adunate l'Associazione americana degli ospedali protestanti e l'Associazione americana per le cure lavorative.

Il 14° Congresso americano di fisioterapia si è tenuto a Kansas City dal 9 al 12 settembre; venne preceduto da una serie di 20 conferenze di aggiornamento, tenutesi dal 5 al 7 settembre.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 19 ottobre, con la presidenza del prof. G. Sacerdote, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Sono state fatte comunicazioni da G. Sacerdote, E. Castaldo, A. Grollo, A. Tronconi, M. Bortolozzi.

La Società Medica del Friuli si è adunata l'11 ottobre; sono state fatte comunicazioni da G. Pieri, V. Gualdi, G. Lise, G. Butti, G. Comin.

Le « Assisi internazionali periodiche di fisiologia, patologia e terapia cardio-vascolari » terranno la prima sessione a Royat, durante la Pentecoste del 1936; tema: gli spasmi vascolari; relatori: C. Heymans (Gand), L. Brouha (Liegi), Leriche e Fontaine (Strasburgo), Marañon (Madrid), Loeper (Parigi).

Il Sindacato dei medici direttori delle case di salute della Francia si adunerà il 23 novembre a Parigi, nella sala della Confederazione dei Sindacati medici francesi (rue du Cherche-Midi 95), sotto la presidenza del dott. Hervé (Les Escalades, Pyrénées-Orientales, Francia).

La Federazione nazionale dei medici del fronte della Francia ha reso un pio omaggio, l'11 novembre, ai gloriosi caduti del Corpo medico; convennero avanti il monumento della Facoltà di medicina di Parigi, sotto la presidenza del decano prof. Roussy.
La Federazione raggruppa ora otto associazioni. Essa organizza per il 29 dicembre una grande festa di beneficenza, per i medici di guerra anziani e in stato di bisogno. Sede sociale: rue du Faubourg Saint-Honoré 85-bis, Parigi.

Il prof. Gaifami ha inaugurato, il 18 nov., il corso di clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Roma, con una dissertazione sulle « Conquiste e mete della Ginecologia ».

S. A. R. la Principessa di Piemonte, accompagnata dal Gentiluomo e dalla Gentildonna di Corte e dall'Ispettrice del Comitato della Croce Rossa Italiana, si è recata il 9 corr. a visitare la naveospedale « Tevere » nel porto di Napoli.

In Rio de Janeiro è stato eretto un ospedale per bambini poveri, dell'età fino a 13 anni; ha la capacità di 300 letti; reca il nome di « Ospedale Gesù ».

Nell'Università di Rio de Janeiro è stata fondata una 5ª cattedra di clinica medica, espressamente per il prof. Annes Dias, il quale ha tenuto la lezione inaugurale sul tema « La metabologia clinica ».

È stata aperta a Berlino una Università israelita, di cui gli studenti ebrei sentivano il bisogno da quando i noti provvedimenti governativi hanno praticamente vietato l'accesso nelle Università statali ai non ariani.

La direzione del Consorzio antitubercolare per la provincia di Roma si è adunata sotto la presidenza di don Piero Colonna. Coadiuvata ottimamente dai suoi organi dipendenti, ha disposto — per una chiara sintetica visione — una serie di grandi quadri, ove si può seguire tutto il lavoro che specialmente nell'ultimo quinquennio, ha compiuto il Consorzio stesso e i risultati confortanti che si sono raggiunti nella lotta contro la tubercolosi. Risulta tra l'altro che Roma è fra tutte le città maggiori la meno colpita dal flagello, occupando il 69° posto nella scala decrescente.

La Fondazione Rockefeller ha donato all'Università Vanderbilt, del Tennessee (Stati Uniti d'America), la somma di 2.500.000 dollari (30 milioni di lire it.), per la Scuola di Medicina.

Il « Comitato nazionale per l'igiene mentale » degli Stati Uniti ha destinato allo studio della demenza precoce la somma di 40.000 dollari (mezzo milione di lire it.) assegnatale dalla « Scottish Rite Masons »; la somma verrà distribuita tra varî laboratorî, ospedali e cliniche.

Un modesto suonatore ambulante, a nome Andrea Frisa, morto in età di 70 anni, ha lasciato quanto possedeva, 20 mila lire, all'Ospedale di Tortona.

Memento :

Le OPERE DI MEDICINA CHIRURGIA ED IGIENE

pubblicate dalla Casa Editrice LUIGI POZZI di Roma

gli abbonati al « POLICLINICO » o a qualsiasi delle altre quattro Riviste edite dalla stessa Casa possono ottenerle:

a) contro pagamento a contanti *ai prezzi di favore* indicati negli annunzi dei singoli volumi, inviando, cioè, il rispettivo importo contemporaneamente alla richiesta;

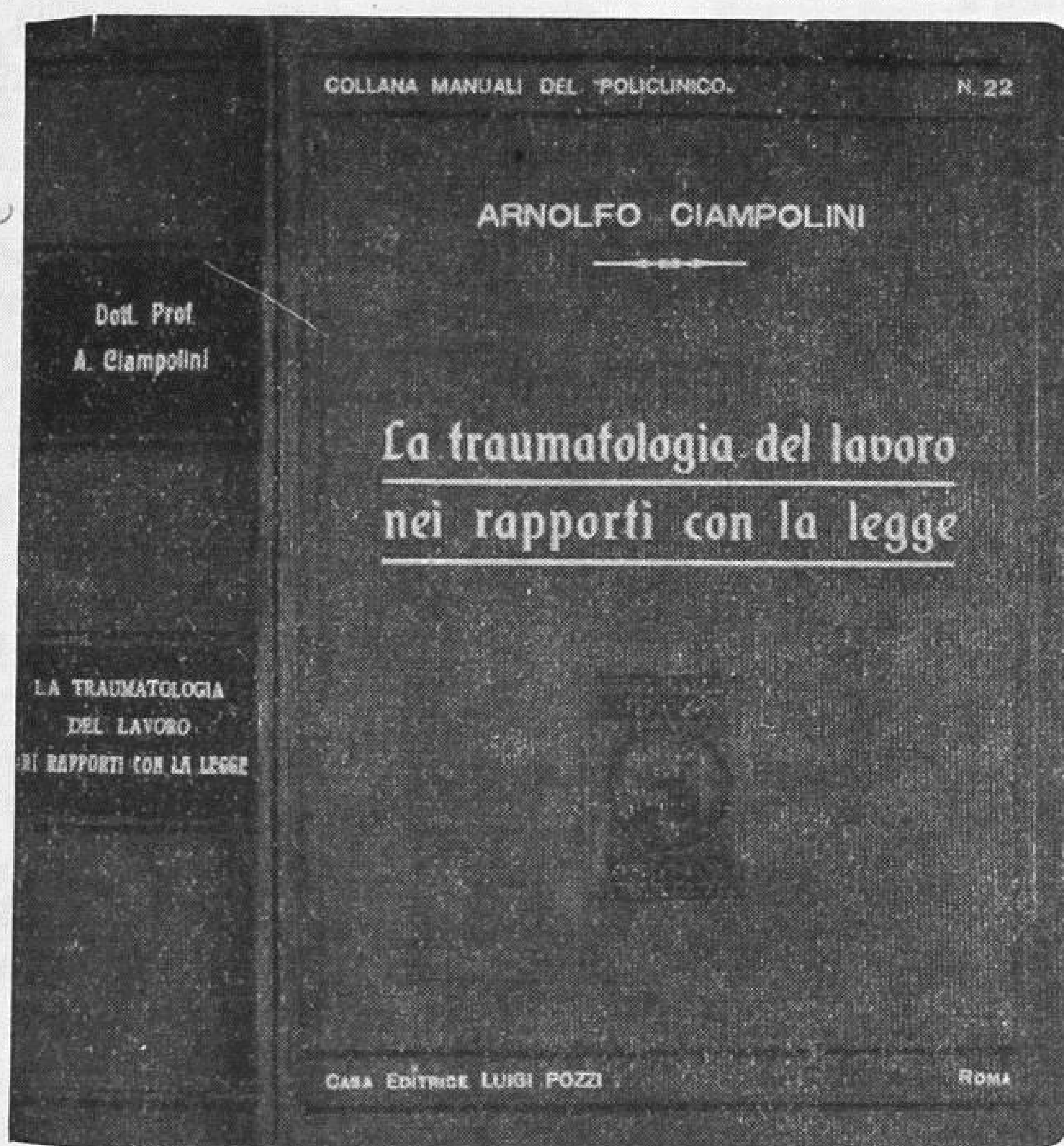
oppure

b) *al prezzo impresso sulla copertina dei volumi,* contro pagamento rateale. Il totale, *considerato al prezzo di copertina,* può essere corrisposto con un primo versamento pari a un *terzo* dell'ammontare della richiesta e la rimanente somma mediante rate mensili da L. 20 cadauna. Con il primo versamento si deve inviare l'impegno scritto del pagamento rateale mensile fino al completo saldo.

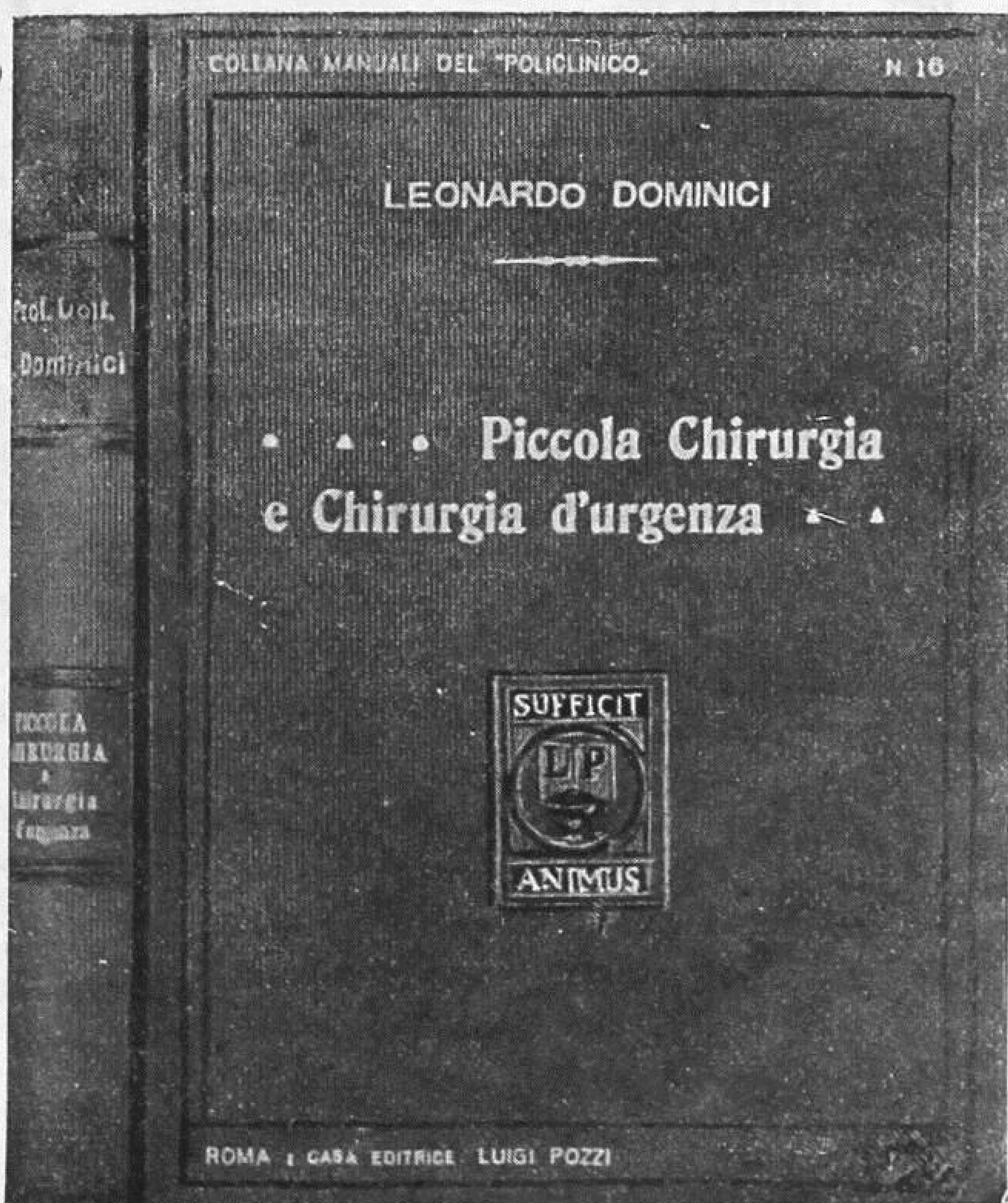
N. B. - A richiesta si invia il catalogo generale di tutte le opere:

Fac simili delle nostre edizioni rilegate in tela.

A circa un terzo dal vero



Prezzo L. **80,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **72,** franco di porto in Italia. Per l'estero L. **77.**



Prezzo L. **56,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **50,** franco di porto in Italia. Per l'estero L. **53.**

Fac simili delle nostre edizioni in brochur

A circa un terzo dal vero



Prezzo L. **32,** più le spese postali di spedizione. Ai nostri abbonati è ceduto, quale **Premio Semigratuito,** per sole L. **20,** franco di porto in Italia. Per



Seconda Edizione

Prezzo L. **40,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **36,** franco di porto

Nel grande anfiteatro della Scuola pratica di medicina di Buenos Aires, si è costituito un Comitato di medici onorari degli ospedali, allo scopo di ottenere che le loro prestazioni vengano retribuite. Gl'intervenuti superarono il migliaio; tra essi erano molti professori universitari. Parlarono il presidente del Comitato esecutivo, dott. C. De Nicola, e il decano supplente della Facoltà medica, prof. A. Ubellos.

La Corte medica d'onore di Berlino ha vietato ai medici di prestare la loro opera nei negozi di calzature, per la scelta di scarpe adatte ai piedi difettosi.

Il 17 settembre, nella piazza che fronteggia l'Università Johns Hopkins di Baltimora, venne inaugurato un monumento a Johns Hopkins (il quale ebbe a donare 7 milioni di dollari, ossia circa 100 milioni di lire it., per la fondazione di questa Università).

La Facoltà medica di Oporto, volendo rendere omaggio al prof. Alberto de Aguiar, suo antico decano, ha inaugurato una targa in suo onore.

Si è tenuta a Minneapolis una mostra da parte di medici dilettanti e collezionisti. Vi figuravano, tra l'altro, collezioni di modelli di navi, di uccelli imbalsamati, di fucili, ecc.; v'era anche una raccolta di aneddoti ed epigrammi.

Il piroscafo « Pourquoi-Pas? », del dott. Charcot, è tornato dalla Groenlandia; esso aveva a bordo una missione di giovani scienziati francesi, tra cui il dott. Robert Gessen, i quali per un anno si sono occupati di ricerche antropologiche.

I giornali annunziano che nella Provincia di Murcia (Spagna) sono stati accertati 4000 casi di avvelenamento prodotto da pane confezionato con farina contenente sali di piombo; s'ignora il numero di quelli seguiti da morte. La Polizia indaga per accertare se si tratta d'imprudenza, di manovra criminale o fraudolenta.

Il grandioso ospedale psichiatrico di Montreal (Canadà), che ricovera 4900 alienati, ha subìto un incendio; il salvataggio si è operato tra gravissime difficoltà; 5 ricoverati sono morti.

È stata assolta dai giurati londinesi, per inesistenza di reato, una dattilografa ventenne, che aveva ucciso la madre per pietà, prominandole del veleno insieme alle medicine. Secondo la legge inglese, l'accusa di omicidio premeditato, non ammetteva le circostanze attenuanti e comportava la pena di morte.

È morto a Glascow, in età di 61 anni, il dott. JAMES ROBERTSON RIDDELL, radiologo eminente, iniziatore in Scozia della roentgen- e della curie-terapia. Avendo studiato ed applicato i raggi X prima che ne fossero noti i pericoli, non si era protetto contro la loro azione. Egli presentava varie lesioni al volto ed alle mani e doveva subire un'amputazione quando soccombette ad una crisi cardiaca.

È autore di un manuale di « Radiologia ed elettricità medica » e di molti contributi scientifici e tecnici.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 21 ottobre al 27 ottobre: Morbillo 164 (780); Scarlattina 203 (606); Pertosse 61 (179); Varicella 65 (131); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 433 (863); Infezioni paratifiche 83 (111); Febbre ondulante 18 (20); Dissenteria 15 (18); Difterite e croup 300 (631); Meningite cerebro-spinale epidemica 1 (1); Poliomielite anteriore acuta 19 (23); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 9 (12); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 38 (57), dichiarata — (—); Pustola maligna 25 (26).

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLII Roma, 9 Dicembre 1935 - XIV Num. 49

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI

CLINICA CHIRURGICA

DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

Sull'appendicite (1)

per il prof. GINO BAGGIO, direttore.

L'appendicite è diventata in questo scorcio di secolo la malattia che più fa lavorare il chirurgo. Ma contemporaneamente ha dato luogo ad una tale farragine di interpretazioni più o meno scientifiche, da renderne oltremodo sfuggevole il concetto di entità nosologica.

La nozione fondamentale che di essa possediamo è che frequentemente inizia e sostiene le infiammazioni suppurative più o meno limitate alla regione ileo-cecale o diffuse a tutto il peritoneo, che prima venivano attribuite invece al ceco (tifliti e consecutive peritifliti). E ci si spiega grossolanamente l'improvviso insorgere e il rapido e tumultuoso decorrere di tali flogosi con la conformazione stessa dell'organo colpito e con le condizioni meccaniche che ne risultano: per le quali il contenuto entra ed esce nello stesso punto e già perciò vi soggiorna assai più di quanto non faccia in segmenti del canale aperti alle due estremità: chè, se, per condizioni predisposte o improvvise, l'apertura si stenosa od occlude, il contenuto sarà obbligato a ristagnarvi o vi resterà chiuso addirittura, e, settico com'è, esalterà la virulenza dei suoi batteri, i quali infiammeranno o necroseranno le pareti della cavità, diffondendo poi la flogosi più o meno rapidamente e mediatamente ai tessuti che circostanno, cioè nel campo del peritoneo.

Queste — dico — sono le idee grossolane secondo le quali vengono prospettate praticamente la causa e la genesi dell'appendicite. Ma, se da esse si passa a interpretare i singoli fenomeni, si erra in un dedalo di incognite, e si discute sulle alterazioni anatomiche, si discute sulla patogenesi, si discute sull'etiologia; mentre, d'altra parte, riconosciuto il rapporto fra sintomatologia clinica e compromissione dell'appendice nei casi conclamati che abbiamo detto prima, si sono andati estendendo i termini di questo rapporto e si sono imputate all'appendice sintomatologie sempre più imprecise, chè alla loro volta — e in proporzione enormemente elevata — hanno allargato il campo di quelle incognite. Accanto all'appendicite conosciuta da principio e corrispondente ai concetti direttivi che ho detto prima, di infiammazione *acuta*, si fece strada nella nomenclatura clinica un'appendicite

(1) Lezione del corso di aggiornamento ai medici pratici presso la R. Università di Cagliari del 20 giugno 1935.

cronica, alla quale furono attribuite sintomatologie che non potevano rientrare nel quadro a forti tinte della forma classica e alle quali non corrispondeva un reperto anatomico del genere di quello che abbiamo detto, ma che pur tuttavia trovavano giustificazione interpretativa nel fatto che, asportata l'appendice, quelle sintomatologie scomparivano.

Il substrato anatomico originario della flogosi suppurativa più o meno limitata alla regione ileo-cecale o estesa a tutto il peritoneo, che dall'appendice si diparte, è inteso nel senso di *appendicite flemmonosa*, ma chi approfondisca questo concetto non può non rimarcare che tutto è compenetrato da *dubbio* più o meno esplicito e tutto è accompagnato da *relative riserve*. Per esempio, nel trattato più recente e più diffuso tra noi, cioè quello del Lubarsch, l'appendicite flemmonosa è descritta a questo modo:

« Nel periodo culminante dello stadio ulcero-flemmonoso l'appendice si presenta ispessita, fortemente arrossata, con deposizioni fibrinoso-purelente grigio giallastre sulla sierosa. Ad appendice aperta si vede nel lume materiale fecale muco-purulento in quantità variabile. L'estensione del flemmone non è visibile macroscopicamente, ma risulta soltanto nelle sezioni microscopiche ».

Ora, chi riporti questa descrizione al reperto pratico non può sottrarsi alla considerazione seguente: che in un tessuto invaso da infiammazione flemmonosa (suppurativa) si trova, in definitiva, pus, e che, se pus è contenuto nel lume dell'appendice, se pus è depositato alla sua superficie, non si capisce perchè pus non si debba trovare macroscopicamente anche nello spessore delle pareti, e risulti invece soltanto all'esame microscopico.

Ma vediamo ora quali siano i *batteri* che producono l'infiammazione suddetta e d'onde provengano.

A questo proposito le opinioni sono disparatissime. Per esempio:

Aschoff (che dispone di 1000 osservazioni) riconosce di regola come causa di appendicite gli ospiti abituali dell'appendice stessa, dove formano una flora speciale, distinta da quella del cieco.

Löhr e Rassfeld (osservazione di 205 casi) sono pure dell'avviso che l'appendicite debba riguardarsi come infezione endogena da batteri locali, anche se durante il corso di infezioni streptococciche convenga ritenere possibile la sorgente ematica. Ma, come flora obbligata dell'appendice essi ne danno una che è ben diversa da quella di Aschoff.

Hilgermann u. Pohl, sulla base di ricerche batteriologiche di 320 appendici colpite in modo fulminante, affermano invece che la varietà dei germi patogeni muta in dipendenza del territorio e che l'appendicite deve essere intesa come infezione metastatica avente porta di ingresso nella tonsilla, cioè sostenuta in prima linea da pneumococchi e da streptococchi, poscia da bacilli difterici e da bacilli e spirochete di Plaut-Vincent, mentre ai coli ed altri batteri intestinali non si può attribuire particolare importanza. Non sanno dire però se il trasporto dei batteri dalle tonsille all'appendice avvenga per via sanguigna o per via enterale.

Ed ecco allora intervenire Sette e Barcaroli, con un materiale di 436 casi proprî, di cui 100 studiati istologicamente e 94 anche batteriologicamente, i quali non ammettono nella etiologia dell'appendicite batteri specifici e considerano la infezione per via ematica come la più verosimile (secondo l'enterotropismo, di Sanarelli).

Ho citato esempi di concetti disparati che provengono da studi recenti su osservazioni numerose.

Ciascuno di essi può contare ben altri sostenitori ed è basato su argomenti che, presi ognuno per sè, sono assai validi, messi invece alla prova reciproca e di altre considerazioni ancora, mostrano tutti il loro punto debole.

Per es., come non sentire l'importanza clinica dell'osservazione di Evans concernente 16.000 studenti dell'università di Wisconsin, tra i quali, in 226 giorni di una tonsillite epidemica riscontrò 113 casi di appendicite, mentre per raccogliere altri 113 casi senza manifestazioni tonsillari ci volle un periodo di giorni 1600? Ma: l'associazione di tonsillite ed appendicite, per quanto frequente possa essere, non basta a dimostrare che i germi tonsillari sono poi quelli che hanno determinato l'appendicite.

E, d'altra parte, la constatazione di Davidovic dimostra che l'appendicite può intervenire a sua volta in forma epidemica senza precedente tonsillite.

Ma vi sono considerazioni che vanno ben più in là.

Non solo è ripetuto da più parti che non si può riconoscere un parallelismo fra varietà batterica e andamento dell'appendicite, ma pare anzi che il reperto batteriologico dell'appendice, da complesso che era prima, si vada semplificando con lo stabilirsi e col procedere della flogosi.

Ora, questo ridursi della flora batterica, fino a scomparire, con lo sviluppo dell'infiammazione, più che ostacolare l'interpretazione della causa batterica dell'appendicite, ne rende *problematica la stessa natura infettiva*. Perchè, si accetta pacificamente che non risultino germi in un ascesso silente, cioè autosterilizzato, ma non si può ammettere che i germi siano scomparsi da una flogosi che progredisce se è da essi che la si fa derivare.

Una sola nota mi pare che si trovi in accordo su tutte le voci di coloro che si occuparono della patogenesi infettiva dell'appendicite, ed è questa: che, a determinare o potenziare l'a-

zione patogena dei batteri intervenga il *ristagno del contenuto appendicolare.*

Ma il concetto del ristagno come elemento patogenetico, oltre che ampio ed elastico nella sua interpretabilità di origine e di esplicazione, lo è pure nella sua applicabilità: potendosi invocarlo ad un tempo, e per le conseguenze sui batteri e per le conseguenze su altri fenomeni che si svolgono o possono svolgersi nel lume dell'appendice indipendentemente da quelli batterici. Così che, anche attraverso il consenso della concausa ravvisata nel ristagno del contenuto, la causa, dell'appendicite, da ravvivarsi nell'agente infettivo, lascia adito a qualche cosa di più grave che il dubbio: e se, come scrivono Chisteller e Mayer nel Lubarsch, malgrado ciò, domina ancora negli AA., salvo poche eccezioni, l'opinione che i batteri giuochino, nell'appendicite, una parte importante, il compito di chi voglia studiare l'argomento, consiste, appunto, secondo me, nel chiarire quale sia questa parte, senza di che quell'opinione non avrà altro valore che quello della frase fatta e non porterà altro risultato che il ritardo nella soluzione del problema.

In verità, *la teoria infettiva ha dimostrato sempre le sue deficienze*, e già nel 1909 W. Brünn (v. Cristeller e Mayer) scriveva che non si era mai riusciti a dimostrarla. In molti AA. quelle deficienze hanno favorito l'escogitazione di mezzi che valessero almeno a renderla più comprensibile. Particolarmente interessanti mi sembrano a questo riguardo le idee di Heile secondo il quale la progrediente distruzione infiammatoria dell'appendice sarebbe prodotta in primo tempo da fermenti digestivi, da fermenti endocellulari e da sostanze tossiche provenienti dall'azione di batteri su albumine di riduzione incompleta: queste, comprese nel contenuto abituale dell'appendice o derivanti da elementi cellulari eliminati dall'appendice stessa in seguito ad alterazioni circolatorie o per altre cause. Sulla via preparata da queste sostanze tossiche si diffonderebbero poi i batteri virulenti.

Queste idee si ricollegano ad osservazioni cliniche intorno all'*influenza esercitata sull'appendicite dalla varietà dei cibi.*

Risulta infatti che l'appendicite è molto meno frequente fra popolazioni abituate a vitto frugale o in tempi di carestia, che non fra gente abituata a mangiar molto o quando i viveri abbondano.

La differenza di queste alimentazioni nei riguardi dell'appendicite può essere riportata, sia al volume, sia alla composizione, dei cibi; di volume piuttosto limitato e fermentabili e putrescibili quando siano carnei, voluminosi invece e privi di residui decomponibili quando siano vegetali. In questo caso, il volume (e in parte anche la durezza delle sostanze provviste di cellulosa) stimolerebbero la peristalsi intestinale e quindi, nei riguardi dell'appendicite, dovrebbero ridurne la frequenza, in quanto prevengono la stasi del contenuto intestinale che abbiamo veduto essere considerata dai sostenitori della pura teoria infettiva come elemento etiologico di grande importanza. Le sostanze carnee invece agirebbero in senso contrario, non solo per il fattore volume ma anche per l'abbondanza del residuo riducibile.

E qui le idee di Heile troverebbero la loro presa: potenziata a sua volta dal fattore stasi. Senonchè, sia Heile che tutti gli altri AA. i quali intesero di chiarire la patogenesi dell'appendicite, non pensarono mai di sostituire all'azione dei batteri quella di altri fattori, ma di darle con questi dei coadiuvanti. Per cui — anche a parte le numerose e complesse discussioni che su tali fattori aggiunti si possono fare e furono fatte — se viene a mancare l'azione batterica, quello che rimane non basta più a spiegare le alterazioni riscontrate. E c'è di più che, tanto Heile, quanto gli altri, non avrebbero di mira che la spiegazione di casi corrispondenti all'appendicite distruttiva cancrenosa. Gli altri casi — dice Heile stesso — sono molto più simili alle suppurazioni di altre sedi dell'organismo, prodotte dalle più svariate infezioni locali,

E invece, non solo di questi, ma anche di tutti gli altri che vanno sotto il nome di appendicite cronica bisogna che ci occupiamo prima di concludere sul problema etiologico e patogenetico dell'appendicite.

L'*appendicite cronica* (primaria) viene attribuita in grande prevalenza a donne, della giovane e della media età.

I *sintomi* che dovrebbero caratterizzarla secondo le infinite illustrazioni e comprese le descrizioni di coloro che più credono possibile distinguerli entro linee proprie, sono piuttosto *indeterminati*: elastici nella interpretabilità, svariatissimi nella natura, tanto da far dire a parecchi AA. che, per appendicite cronica si può intendere tutto ciò che si vuole.

Ancor più difficile è farsene un concetto desumendolo dal *reperto anatomo-patologico*, perchè, in accordo con quanto risulta dalla sintomatologia, oltre a quelle dell'appendice, fra i reperti anatomopatologici dell'appendicite cronica figurano, secondo molti AA., alterazioni di *altri organi.*

Analizzando il significato dell'insieme dei sintomi e delle alterazioni anatomiche dal quale l'appendicite cronica dovrebbe ritrarre la sua riconoscibilità, pare a me di dover dire che: nel campo dei sintomi c'è una marcata prevalenza di quelli che sono interamente o parzialmente (come il dolore provocato) sintomi subbiettivi sugli obbiettivi, c'è un netto predominio dei sintomi funzionali sugli organici, e si avverte una considerevole difficoltà a stabilire i limiti di quelli che dovrebbero essere i sintomi locali rispetto ai generali, tantochè si può passare per addentellati da un ap-

parato ad un altro, quasi a coinvolgere l'intera patologia dell'addome ed oltre; e nel campo dell'anatomia patologica sfugge l'entità dell'alterazione appendicolare di fronte alle alterazioni che si trovano al di fuori e al di là dell'appendice.

E questa *indeterminatezza* dell'importanza da attribuire all'appendice nelle condizioni morbose che vengono comunemente designate col nome di appendicite cronica, risulta, non soltanto dalla sintomatologia e dall'anatomia patologica, ma pure dalla *diagnostica* e dalla *terapia*, cioè, non soltanto da elementi teoretici o di natura scientifica, ma altrettanto da constatazioni empiriche e da risultati pratici: perchè, se andiamo a ricercare in quale misura di frequenza l'appendicite cronica sia intesa dai varî chirurgi e quali siano i risultati operatorî su di essa ottenuti, troviamo le cifre più disparate.

Mi attengo come ad esempio ai dati derivanti da una recente riunione di chirurgi, non solo della stessa nazionalità, ma della stessa città.

Nella seduta del 1° marzo 1935, Majocchi comunicava alla Società Lombarda di Chirurgia che, su 1600 appendicectomie, di appendiciti croniche all'inizio ne contava 99, cioè il 6 %. Solaro invece, su 1300 ne contava 520, cioè il 40 %. E, mentre Donati calcolava a 75-80 %, i malati sui quali « si sono viste delle vere risurrezioni dopo l'intervento », Ciocca e Lavazzi, su 52 ammalati riveduti personalmente e protocollati nella comunicazione, di perfettamente guariti non ne trovarono che 19, cioè il 36,5 %.

In assenza di argomenti univoci, si fecero strada, come sempre, le tendenze estreme, ed oggi ci sono AA. che vedono nell'appendice il centro causale di tutto il complesso sintomatologico ed anatomopatologico che abbiamo considerato, e altri che la ritengono completamente estranea.

La *connessione fra appendicite e gli altri organi e tessuti* che entrano con essa nella sintomatologia di appendicite cronica è duplice. Alcuni l'attribuiscono al sistema nervoso vegetativo, altri a propagazione infettiva dalla appendice.

Ora, che nel quadro dell'appendicite cronica il *sistema nervoso vegetativo* sia alterato, lo dimostrerebbero, oltre che i fenomeni stessi della malattia, anche particolari constatazioni.

Ma è il caso di chiedere: se il sistema neuro-vegetativo è compromesso, lo è per effetto dell'appendicite, ed è per questa sua conseguente alterazione che vengono poi ad essere coinvolti nella sintomatologia gli altri organi oltre l'appendice, o lo è invece per sua primaria labilità (o secondaria che sia, ma estranea all'appendicite) ed è per essa che insorge la sintomatologia dell'appendicite cronica, compresa la parte che direttamente spetta all'appendice?

In verità sono parecchie le considerazioni che si possono fare contro il principio di una sintomatologia neurovegetativa determinata da iniziali alterazioni dell'appendice, non ultima, quella della molteplicità delle vie e dei campi lungo le quali e sui quali l'appendice eserciterebbe la sua azione.

Ma un rilievo pratico potrebbe riassumerle. E, cioè, non si capisce perchè, se il movente di questa sintomatologia sta nell'appendice, una volta asportata l'appendice la sintomatologia debba continuare. Chè, se continua perchè lo stimolo da essa determinato fu tale da farne persistere gli effetti anche a distanza di anni, torna più facile ammettere che, non dall'appendice, ma da ben altri complessi, e prima e dopo dell'appendicite, tragga il sistema nervoso gli stimoli che lo perturbano; e la causa dei fenomeni extra-appendicolari sia a ravvisarsi quindi in questa sua perturbabilità e in questi suoi perturbamenti, non nella flogosi dell'appendice.

La *propagazione infettiva* dall'appendice fu ammessa che possa avvenire per vie linfatiche o lungo il peritoneo e l'omento o col sangue portale.

Leotta le ammette tutte queste vie, pure riconoscendo la prevalenza della linfatica.

Una domanda sorge però spontanea anche davanti alla spiegazione infettiva: se cioè i focolai extra-appendicolari derivino effettivamente da quello dell'appendicite o se, trattandosi di localizzazioni su o in organi che per la maggior parte contengono già o possano contenere germi infettanti, non si siano invece formati in sito.

Ravenna per es., che tratta di appendiciti e mesosigmoiditi, accanto alla propagazione infettiva considera la possibilità di alterazioni provenienti dalla stasi fecale nel sigma, come sarà stato per l'appendice. E lo stesso Leotta, quando considera i rapporti fra appendicite e colite non può tacere il dubbio se il punto di partenza sia nell'appendicite o nella colite.

E vale anche per la spiegazione infettiva la obbiezione che, una volta asportata l'appendice, tutta la sintomatologia dovrebbe per lo meno risentirne sempre beneficî molto tangibili.

Sono invece gli insuccessi dell'appendicectomia che hanno creato il numero non molto esiguo dei negatori dell'appendicite cronica, i quali dicono che, non di appendicite si tratta, ma di affezioni o condizioni morbose di altro genere, compresa la psicopatia. Ma: come si spiegano allora i successi (che pure non mancano) dell'appendicectomia, qualora si faccia astrazione dell'effetto psichico, che, in verità, è ammesso soltanto da pochi? Perchè, non si tratta poi di casi diversi clinicamente dagli altri, in questi che mediante l'appendicectomia guariscono mentre gli altri non guariscono; nè sono diverse le loro condizioni anatomopatologiche, come risulta an-

che dallo studio di Forconi: che per giunta non è affatto difensore dell'appendicite cronica.

Più rispondente alle constatazioni della pratica sembrerebbe essere la concezione per la quale l'appendice non verrebbe considerata, nell'appendicite cronica, nè come il solo organo malato nè come il più malato, se pure malato è, ma — astrazione fatta da affezioni di altro genere, ben rispondenti ad alterazioni anatomiche definite — dovrebbe essere intesa invece come partecipe di malattia più comprensiva, per quanto non confondibile nè con la indeterminata labilità di una intera costituzione o di tutto un sistema, nè con la associazione di più organi, ciascuno a sua volta infettato per conto suo.

Tale malattia sarebbe la *colite*. La quale ha avuto assertori tenaci e rinomati fin dall'inizio di tali questioni. Il più delle volte essa riassume precisamente tutta la sintomatologia e tutto il reperto anatomopatologico attribuiti all'appendicite cronica. E, se non viene accettata pacificamente come soluzione delle questioni suddette, sarà anzitutto per l'ignoto che ancora incombe sulla sua intima essenza nosologica, ma in gran parte deve essere perchè non è stabilito il rapporto sotto il quale intendere in tutti i casi la compromissione dei due organi colon e appendice (ripresentandosi le domande se ammali prima l'uno o prima l'altro o tutti e due assieme e quale sia la ragione per la quale talvolta l'appendice sia alterata molto e altre volte lo sia poco), e in parte ancora dev'essere perchè, secondo tale concezione, l'appendicite cronica è distaccata interamente dall'acuta, dalla quale non a tutti sembra invece che debba avere diversa origine: a partire da Meisel, che attribuisce all'appendicite cronica l'inizio delle altre reazioni anatomiche sulle quali si svolgerà l'appendicite acuta, e venendo alla numerosa schiera di coloro che vedono in questa l'inizio di quella.

Dunque: a conclusione delle mie ricerche bibliografiche — le quali naturalmente sono incomplete, ma non tanto da lasciar credere che siano rimaste in disparte talune delle nozioni correnti — mi sembra di dover dire che. *in materia di appendicite acuta si crede di sapere assai più di quanto effettivamente si sappia, in materia di appendicite cronica si procede per opinioni personali.*

Ma, fra mezzo la indeterminatezza e la discordanza delle idee, si trovano anche gli spunti a *nuove analisi;* che, spogliate di preconcetti, potrebbero indicare la via buona. Soltanto che, bisogna ricercarli partendo completamente *ex novo.*

Se apriamo la fossa iliaca di un soggetto nel quale si stia svolgendo la flogosi acuta che in passato aveva il nome di peritiflite suppurativa, troviamo una raccolta di pus chiusa da aderenze fra omento e anse intestinali attorno al cieco, e in mezzo, l'appendice, per lo più aderente anch'essa o sepolta sotto pseudomembrane, e di solito perforata in un punto che generalmente appartiene alla metà distale dell'organo.

Se, in malato dello stesso genere interveniamo dopochè i fenomeni acuti della flogosi si siano spenti sotto l'azione di adeguato trattamento risolvente, possiamo trovare l'appendice coperta dall'omento e fissata da valide aderenze al cieco o al peritoneo della fossa cecale o ad anse del tenue, e non è raro che, procedendo ad isolarla dalla base, apriamo a un certo momento una piccola cavità ascessuale che teneva impegnata la sua parte estrema e dentro alla quale, assieme a poco pus si trovi un coprolito proveniente dall'appendice stessa.

Sono questi i reperti che risultano anche dai primi documenti sull'appendicite, cioè dalle pubblicazioni di Lamotte, di Louyer-Villermet, di Melier, che risalgono rispettivamente al 1766, al 1824, al 1827.

Il caso di Lamotte riguarda la necroscopia di una peritonite nella quale fu trovato un coprolito appendicolare, e Lanz aggiunge che Jadelot nel 1808 e Wegeler nel 1813 descrissero casi analoghi; i due casi di Louyer-Villermet sono (dice Lanz) casi tipici di appendicite cancrenosa, e il caso di Melier è pure di appendicite perforata, con calcoli fecali.

Se ora, guidato da tali constatazioni, mi attengo agli interventi miei espressamente controllati a questo scopo, se consulto altre storie personali e i ricordi della mia esperienza complessiva, se ricerco in altri documenti fornitici da esperienze altrui, io devo dire che nella peritonite suppurativa da appendicite la *perforazione* è, in linea di massima, il reperto causale che domina. perforazione macroscopica, della appendice: quella cioè che l'anatomo-patologo classifica necrotica, di contro alle altre due, che sono la migliare e l'ulcerosa semplice. Naturalmente, intendo peritonite, e suppurativa, con pus macroscopicamente riconoscibile all'esterno dell'appendice e fra le anse intestinali e l'omento, non la flogosi che si limiti al peritoneo dell'appendice o che si riveli con essudazione fibrinosa alla sua superficie e nemmeno la peritonite essudativa sierosa. Ma è pur anco quella la sola forma di peritonite da appendicite intesa dal chirurgo.

Questa affermazione comincia già a chiedere nuovi criteri esplicativi sull'insorgenza della perforazione appendicolare in genere: prima di tutto perchè mette in disparte le perforazioni strettamente legate al processo flemmonoso (perforazione migliare, perforazione ulcerosa semplice) e con esse la diffusione progressiva del flemmone dalla appendice al peritoneo; in secondo luogo perchè assegna allo sfacelo necrotico delle pareti appendicolari (perforazione necrotica) una frequenza che non gli è abitualmente riconosciuta.

Ma non è questo soltanto l'elemento di cui

bisogna tener conto quando si consideri il problema dell'appendicite alla sola stregua dei reperti operatori.

Non è soltanto di perforazione che fanno cenno i ricordati documenti sulle originarie nozioni dell'appendicite.

Quattro di quei cinque primi documenti bibliografici dell'appendicite che ho ricordato, accanto alla perforazione registrano il *coprolito*. Ed io, in base agli stessi mezzi di indagine che ho seguito per la perforazione, devo dire che, dove si trova perforazione, la presenza del coprolito è per lo meno oltremodo frequente.

Ora, sulla genesi e sul significato patologico del coprolito è stato scritto molto ma si è concluso poco. Di certo, nei riguardi del coprolito, rimane soltanto il fatto della sua frequente coincidenza con la perforazione e la concordanza con essa a dimostrare che l'evenienza della peritonite da appendicite esorbita dalle nozioni finora accettate sull'appendicite flemmonosa e richiede invece una spiegazione a sè.

Perciò torna necessario riprendere quelle nozioni di appendicite flemmonosa e vagliarle anche alla stregua della nuova critica dopo i brevi commenti restrittivi che sentimmo il bisogno di far seguire alla loro prima esposizione.

L'anatomo patologo basa la diagnosi di *appendicite flemmonosa* sul reperto di neutrofili ammassati fra i tessuti.

E noi non possiamo infirmare il suo giudizio in quanto a *reperto istologico*, sebbene egli stesso scriva che: « Il limite fra i massimi gradi del contenuto abituale di leucociti neutrofili e un flemmone iniziale non è, naturalmente, netto. Secondo Emil F. Koch i leucociti eosinofili scompaiono al cominciare di suppurazione o di necrosi. D'altra parte si presentano marcate infiltrazioni della sottomucosa e della muscolare con leucociti eosinofili, che, senza colorazione all'eosina possono essere scambiate con un vero flemmone di leucociti neutrofili. Questa eosinofilia tissurale, che, da quanto sembra, appartiene ai processi di riparazione, sarà ricordata ancora a proposito dell'appendicite granuleggiante ».

Ma, considerato che manca poi il risultato anatomico del pus ove dovrebbe formarsi, e che là dove si trova, con tutte le note cliniche ed anatomiche (peritonite), sfuggono le sue connessioni genetiche col microscopico focolaio d'origine, si può chiedere se i neutrofili così raccolti debbano essere interpretati senza altro come reperto di suppurazione o non possano essere interpretati invece come reperto di flogosi semplicemente essudativa, senza coinvolgere il suo esito in suppurazione. Tanto più che tale reperto è sempre associato a quello dei surricordati eosinofili e di abbondanti e anche abbondantissimi linfociti e plasmacellule sparsi nei tessuti, i quali sono elementi che hanno significato diverso dalla suppurativa, e depongono invece per la flogosi infiltrativa, reattiva istogena in genere.

Altra considerazione che mi fa apparire utile l'analisi del significato da attribuire ai neutrofili nella suddetta appendicite flemmonosa, è la seguente:

Lo stesso anatomo-patologo, dal quale ho tratto argomento di studio fin'ora, è quello che nel *decorso* di quella flogosi, con molto dettaglio, ma con altrettanta prudenza, si esprime a questo modo.

« Sia la forma flemmonosa, dell'appendicite, sia quella ulcero-flemmosa, può, per quanto è lecito giudicare dal quadro morfologico e dal decorso clinico, arrestarsi a qualunque stadio». Così dicendo, e cioè ponendo la sua affermazione sotto la salvaguardia di quel « per quanto è lecito giudicare dal quadro morfologico e dal decorso clinico », egli è in perfetta regola con quanto osserva lui nella sua competenza al microscopio e quanto osserviamo noi clinicamente; ma, nello stesso tempo, ribadisce la conseguenza emersa già da sue affermazioni precedenti, che la forma flemmonosa dell'appendicite rimane in disparte dal decorso dei flemmonosi in genere: perchè, la medesima ragione che ci ha fatto dire prima doversi riconoscere il flemmone anche macroscopicamente oltre che istologicamente, ci fa rilevare ora che il flemmone, una volta iniziato il suo corso, lo completa: con esito in ascesso. Sarà il pus dell'ascesso che, opportunamente trattato, può riassorbirsi, lasciando la *restitutio ad integrum;* ma, allo stadio flemmonoso della flogosi, se pure avviene talvolta, p. es. nel sottocutaneo dove più efficace ed assidua può essere la cura risolvente, il riassorbimento è sempre da considerarsi come fatto raro e punto invece come regola. Infine, bisogna trovare la spiegazione di determinati casi la cui vera essenza patologica non può risultare che dal reperto operativo seguito alla lunga osservazione clinica anzichè all'intervento d'urgenza che sembrerebbe giustificato dall'esordire dell'affezione.

Tutto sommato, io trovo dunque nella mia esperienza e nel mio raziocinio molti e validi argomenti per pensare che *il concetto di appendicite flemmonosa, se risponde alle esigenze dell'anatomia patologica, non risponde invece ai criteri discriminanti della Clinica.*

Togliere all'essudazione il significato flemmonoso vorrebbe dire togliere di mezzo, nella etiologia della appendicite, la causa batterica, perchè il flemmone è la sola varietà di reazione flogistica che implichi necessariamente l'etiologia batterica.

Le considerazioni che mi hanno portato a questo punto troverebbero quindi un considerevole appoggio anche nel fatto che mettono capo a conclusione con la quale si accorda egregiamente il risultato delle ricerche batterio-

logiche sull'appendicite, cioè la negazione per diversi, il dubbio per molti, sul fatto o per lo meno sulla modalità di azione dei batteri come causa di appendicite. Rimarrebbe soltanto da trovare l'agente che possa sostituire i batteri. E dico sostituire, non agevolare, come è stato cercato di trovare in passato.

Ora: di che natura rimangono le alterazioni anatomiche di cui dovremmo spiegare l'origine, se escludiamo il flemmone?

L'alterazione anatomica fondamentale dell'appendicite dalla quale si origina la peritonite è la perforazione necrotica, ossia la necrosi di tessuti alla quale segue lo sfacelo e quindi la perforazione. Le altre appendiciti acute — sia quale si vuole il termine di designazione — consistono anatomicamente in: distruzioni più o meno superficiali della mucosa, le quali risponderanno a causa da stabilirsi ma debbono o possono essere ritenute egualmente di natura necrotica, in note infiltrative, in note flemmonose. Se, per necessità di interpretazione clinica togliamo l'elemento flemmonoso, rimarranno quello necrotico, quello infiltrativo e un elemento essudativo indeterminato da sostituire al flemmonoso.

Quindi, la causa flogogena dovrebbe ravvisarsi in un quid capace di *necrosare* superficialmente e profondamente e di produrre nello stesso tempo *reazione istogena* e reazione *ematogena*. La capacità necrotizzante (tanto più se in determinate modalità piuttosto che in altre, fra le molte nelle quali esplicano la loro azione le cause di necrosi) potrebbe riassumere le altre, perchè: una causa, per esempio chimica, che necrosi una mucosa, nella sottomucosa e nei connettivi interstiziali può esercitare invece soltanto stimolo irritativo di semplice richiamo di elementi mobili, e può, nello stesso tempo, aprire l'immissione fra i tessuti, a sostanze contenute nell'ambiente, che esplichino a loro volta azione flogistica abatterica, capace di influenzare anche l'apparato circolatorio e perciò seguìta da essudazione, senza contare che tale azione può essere esercitata dai prodotti stessi nella necrosi suddetta.

Una volta spiegata l'insorgenza delle alterazioni in misura corrispondente a un dato grado di reazione clinica, sarebbe poi facile accettarne il meccanismo anche in gradi di reazione diversi, con conseguenti relative differenze anche di modalità di reazione dei tessuti.

Trovare dunque una causa a potere necrosante che esplichi la sua azione sull'appendice nelle condizioni stesse in cui possono esercitarla i batteri, significherebbe risolvere il problema etiologico e patogenetico dell'appendicite nella sua interezza, cioè eliminando anche l'assillante difficoltà dell'appendicite cronica.

Ebbene: io credo che nel contenuto cecale — e quindi appendicolare — di cui fanno parte i batteri (secondo la teoria enterogena), in cui vanno a finire (secondo la teoria ematogena), sia compresa anche la sostanza capace di sostituirli nella loro azione patologica sull'appendice.

Sono già state messe in rilievo delle analogie e delle correlazioni funzionali fra stomaco e ceco. Indiscutibilmente, nel ceco, gli ingesti e il prodotto del canale gastroenterico subiscono un certo arresto, dopo il rapido progresso lungo il tenue.

Nel contenuto cecale sono presenti ancora dei residui di succhi digerenti: che anche la sola clinica dimostra, attraverso gli effetti corrosivi che si determinano sulla cute di taluni ani cecali: ma in grado diverso a secondo dei casi, il che prova inoltre che diversa è la misura e l'efficacia di quei residui a seconda dei soggetti.

Sono note le gastriti erosive (diciamo così) iperpeptiche, che trovano (almeno finora) la loro più naturale spiegazione nell'attività del succo gastrico e nella più o meno inadeguata resistenza dei tessuti dello stomaco.

Nel ceco, se viene perturbata l'originale composizione dei succhi digestivi, si vedono insorgere delle alterazioni che con queste dello stomaco hanno per lo meno molta affinità.

Così, in seguito a deviazione completa della bile nei cani, si riscontrano, anche macroscopicamente, nel ceco, e limitate ad esso, la flogosi e le esulcerazioni della mucosa che nella stessa condizione intervengono e sono state già descritte nel duodeno.

In che cosa consista effettivamente quella forma morbosa che trova sufficiente delucidazione nel nome di colite semplice o muco membranosa, talvolta anche emorragica, non credo che alcuno abbia dimostrato; ma, più la si studia, più si avverte la convenienza di associarla anch'essa, in rapporto di analogia, agli altri perturbamenti peptici. Ciò muta sostanzialmente una mia non antica opinione espressa al congresso chirurgico dell'anno scorso a proposito di analogie patologiche fra stomaco e colon, e cioè che, a quel modo nel quale lo stomaco, ambiente in sommo grado digestivo, disfunzionando si corrode, il colon, ambiente per eccellenza settico, disfunzionando s'infiamma. Ma, se la modifica (quell'opinione) in quanto a modalità di concetto (perchè prima invocavo per il colon l'elemento settico), la riafferma e la convalida anzi in quanto a sostanza, del concetto medesimo, perchè accentua questa analogia portando i fenomeni patologici sullo stesso piano della causa comune: la perturbata azione dei fermenti digestivi in genere. Perturbata azione che può derivare da originaria alterazione costitutiva dei fermenti stessi o da erroneo rapporto di loro mescolanza o da difetto di regolarità delle altre funzioni del canale gastro enterico che quella azione dovrebbero suddividere adeguatamente nei singoli segmenti del

canale: cioè, in principale misura, della funzione motoria; perturbata azione che, in ogni caso, rientra geneticamente nelle alterazioni funzionali del complesso sistema neuro-vegetativo.

Ora, se un'originaria alterazione di uno o di più o del complesso dei fermenti suddetti, o un errato modo di confondere le loro singole azioni, o il prolungato contatto fra contenuto e parete può produrre una colite, egualmente può produrre le alterazioni necroticoflogistiche dell'appendicite.

Anzi nell'appendice, per le sue particolari caratteristiche anatomiche, quei fermenti troveranno anche particolari condizioni di favore all'azione patologica che noi ricerchiamo e alle diverse modalità in cui questa azione deve svolgersi per spiegare tutte, le alterazioni considerate, cioè la perforazione necrotica, l'appendicite finora intesa come flemmonosa e l'appendicite cronica.

Si tratta dunque di sostituire al concetto di una flogosi infettiva quello di una necrosi e flogosi dispeptica.

Questa azione necrotica e flogistica, in genere, da parte di fermenti digestivi autoctoni, rientra nel novero delle azioni chimiche sui tessuti viventi, alle quali si crede di dover aggiungere la locale azione anafilattica. (Ho già citato come esempi clinici ed anatomici — sia pure anche in sola linea di analogia — la gastrite iperpeptica e la colite muco-membranosa).

Un'appendice sempre pervia può essere considerata un vero prolungamento della cavità del ceco. Come la tiflite cronica in questo, così — per azione diretta del contenuto — può insorgere l'appendicite cronica in quella: e se l'appendice è lunga e ampia o comunque favorevole ad una prolungata permanenza del contenuto stesso, con tenue grado di azione flogogena di questo può anche dare la sola flogosi dell'appendice senza che ne sia compromesso il ceco. Ma: come è per la colite, così anche nell'appendice si può avere un andamento accessuale, della flogosi, con vere e proprie acutizzazioni, o, in caso specialmente di pervietà irregolare e di riempimento improvviso e persistente o di improvvisa alterazione costitutiva del contenuto, si può avere infiammazione che esordisce addirittura in forma acuta pure non sconfinando dalle caratteristiche della flogosi che necrosa la mucosa e si limita a flogosare i connettivi degli altri strati appendicolari senza intaccarne la vitalità.

Diversa è la condizione dell'appendice in presenza di un coprolito. Questo, come abbiamo detto, si forma e cresce in sito, e, durante il lungo periodo di suo accrescimento, resta come sequestrato dal circolo tiflo-appendicolare, perchè altrimenti finirebbe con l'esserne spazzato. Se, per improvviso mutamento nella pervietà dell'appendice, un'ondata di contenuto iperpeptico invade il lume appendicolare, il coprolito può essere impregnato dei succhi di quel contenuto o comunque ne diventa quasi il fissatore fisico e agisce allora come il corpo estraneo che, alla sua azione meccanica di presenza, più o meno indifferentemente tollerata dalle pareti dell'appendice, viene ad aggiungere la subitanea azione corrosiva dei succhi che ha assunto e trattenuto, e a mantenervela. L'effetto sarà proporzionato alla intensità e alla durata di quella azione e può, di conseguenza, confondersi con quello della flogosi acuta detta dianzi, e può invece assumere le proporzioni della necrosi che si approfonda a tutto spessore, appunto perchè favorita dalla persistenza del corpo funzionalmente estraneo che porta la sostanza necrosante a contatto con tessuti sempre più profondi, mentre, in assenza di esso, la medesima sostanza agirebbe soltanto temporaneamente perchè poi verrebbe rimossa. Disfatta la parete dell'appendice, passano i suoi germi nel peritoneo e vi danno la peritonite: mentre, dentro all'appendice vivevano invece da saprofiti o da fermenti vitali, cui magari rispondeva una particolare resistenza ambientale degli stessi tessuti appendicolari.

Non nego di aver quasi avvertito una specie di suggestione di analogia nel formulare questo susseguirsi di azioni patogene, in riferimento al concetto patogenetico della gastrite e dell'ulcera gastrica. È un'associazione traumatico-digestiva quella che agisce nello stomaco. Chimico e fisico è — secondo il concetto suesposto — anche l'agente vulnerabile dell'appendice. Ove non si voglia riconoscere in questo caso l'azione di trauma alla presenza del coprolito e si tenda ad associare in concetto unico ciò che avviene con la compartecipazione sua e ciò che avviene senza, si potrebbe usare per la *patogenesi* dell'appendicite, il qualificativo di *meccanico-digestiva.* Ma: non sono stati usati già da altri i termini di flogistico-meccanica a proposito di malattie cui apparterrebbe l'appendicite cronica? (Leo).

Capisco la perplessità che può derivare dalla lettura di questi concetti quando si è abituati alle nozioni che sull'appendicite comunemente corrono. Credo tuttavia che alcune riflessioni possano esser loro utilmente dedicate anche da chi si disorienti sotto il cumulo dei nuovi quesiti: anzi, proprio per questo.

Non voglio discuterne le relazioni coi dettagliati reperti istologici: non solo per non addentrarmi in questioni che non sono di mia particolare competenza, ma anche per non allontanarmi dalle linee fondamentali di quei concetti, sulle quali intendo guidarmi.

Ricordo tuttavia ad esempio che il reperto di eosinofili nei tessuti oggi trova larga interpretazione come fenomeno *anafilattico locale* o comunque legato ad azione di sostanze

che appartengono all'ambiente digestivo, e ricordo che tale reperto è, nell'appendicite, in qualunque forma la si consideri, rilevante e vorrei dire costante, con gradazioni di misura che possono deporre — appunto — per la differente intensità di quell'azione.

La natura necrotica-flogistica autopeptica delle alterazioni appendicolari mi *spiega poi largamente la mancanza di parallelismo fra l'entità del reperto anatomo-patologico e quella dei sintomi clinici*, mentre è difficile comprenderla quando si tratti di alterazioni batteriche; per le quali i rapporti tra azione e reazione sono molto più intimi e costanti.

E la modalità secondo la quale mi sono prospettata tale azione del chimismo digestivo sull'appendice, presenta il vantaggio — a parer mio — di *rispecchiare sempre le caratteristiche anatomiche e funzionali dell'appendice stessa*, la quale è propagine del canale gastro-enterico e nello stesso tempo è organo che può e deve essere considerato a sè. In base a queste caratteristiche, fra il significato patologico della sola appendicite e quello dell'appendicite con peritonite, la modalità d'azione suesposta distingue nettamente. La sola *appendicite* è condizione che trova riscontro nel complesso delle caratteristiche funzionali del cieco e del colon in generale; l'*appendicite con peritonite* si rivela invece come condizione strettamente legata all'appendice: organo da considerare in sè e per sè in tutta dipendenza delle sue caratteristiche anatomiche. Tale distinzione non mi è apparsa dopo che ebbi formulato la spiegazione patogenetica; si è imposta invece a tutto il mio lavoro, e prima ancora, alle constatazioni che facevo durante gli interventi.

Mentre distingue fra peritonite e appendicite, la spiegazione etio-pato-genetica suddetta *accomuna invece le varietà di appendicite (propriamente detta) acuta e cronica* in unica entità morbosa e dà quindi modo di orientarsi dove si può dire che era il caos.

Tralascio la sintomatologia classica dell'appendicite acuta (senza perforazione) per la quale non c'è bisogno di mutare l'interpretazione del classico quadro se il movente di essa viene riconosciuto in una causa chimica anzichè in una batterica, e che trova egregia rispondenza nelle sintomatologie prettamente dolorose dell'apparato digerente che pure nulla hanno a che fare con flogosi batteriche. Lascio da parte anche la sintomatologia colon-appendicitica delle forme acute e delle forme croniche, e mi limito a considerare per un momento la *variopinta sintomatologia dell'appendicite cronica* nel componente che potremmo dire *extra-appendicolare*. L'elemento etiologico che ho creduto di riconoscere come base dell'appendicite mi dispensa dall'indagare se l'associazione di dolore gastrico o colecistico sia in dipendenza della appendicite o sia quello che l'appendicite sostituisce, perchè il perturbamento peptico che nuoce all'appendicite può essere bene quello stesso che altera in precedenza o associatamente lo stomaco o il duodeno (gastrite, duodenite) o che si accompagna ad una disfunzione colecistica: e, viceversa, l'una o l'altra e l'altra ancora delle condizioni morbose suddette può essere indipendentemente dalla o dalle altre. E nemmeno l'alterazione organica, dell'ulcera o della calcolosi, mi può far meraviglia di trovare, associata o meno, prima o dopo, all'appendicite, perchè risponde anch'essa, secondo il mio concetto, all'*unica causa della dispepsia intesa nel significato letterale*.

Ma, della patogenesi meccanico-digestiva si avvantaggia anche il rebus dei *risultati terapeutici*: nei quali riappare il dualismo di appendicite acuta e appendicite cronica. Nell'appendicite acuta la guarigione in seguito ad appendicectomia è ritenuta quasi sicura, nell'appendicite cronica invece è da riguardarsi dubbia. Ebbene: la differenza si spiega col fatto che *nell'appendicite acuta prevale il fattore meccanico*, dell'agente causale, che è proprio dell'organo e scompare di conseguenza con l'asportazione dell'appendice; *nell'appendicite cronica prevale invece il fattore digestivo*, il quale, al pari che sull'appendice, può agire sul ceco, sul colon e, per quanto abbiamo detto poco fa, sullo stomaco, sul duodeno, sulla cistifellea. Ora, l'asportazione dell'appendice in questi casi può corrispondere a guarigione se è dessa la sola alterata e può giovare anche nel caso di colite per le interruzioni simpatiche che importa; ma, se l'affezione è, nel colon, estesa o intensa, o, tanto più, se interessa altri segmenti del canale, è evidente che su questi non porterà modificazioni di sorta e la malattia continuerà il suo corso indisturbata.

Da tali considerazioni emerge però la necessità di una nuova denominazione classificativa, dell'appendicite, perchè l'acuto o il cronico non basta più a riassumere il concetto della malattia.

Chiarito il substrato anatomo-patologico, è da questo che deve prendere significato anche la differenziazione clinica; e, dello stesso quadro anatomopatologico è la figura di centro quella che deve risaltare sulle altre per dare all'intera malattia tutto il suo significato.

Con questo intendimento la diagnosi dovrebbe essere di appendicite necrotico-perforativa, appendicite necrotico-infiltrativa.

Più semplicemente si può dire: *appendicite perforativa*, appendicite *infiltrativa*. Quella non può essere che acuta. Questa sarà distinta a sua volta con l'appellativo clinico in: acuta, cronica, cronicizzata, acutizzata, redicivante, come più risponderà ai sintomi e al decorso.

Ma, non sempre l'alterazione anatomica si rivela, per quanto indirettamente, nelle manifestazioni cliniche. In considerazione di ciò e

considerato inoltre che ben possono invece le manifestazioni cliniche ritrarre impronta dalla causa che le determina, vi sarà giovamento — io credo — a segnalare questa causa nel concetto di pepsia.

E perciò la diagnosi clinica potrebbe essere ad esempio, secondo i casi, quella di *appendicite perforativa*, appendicite *acuta infiltrativa*, appendicite *cronica infiltrativa acutizzata*, appendicite *cronica dispeptica*.

Con le denominazioni non sarà facilitata la diagnosi, ma sarà fatta più consona alle esigenze del caso, cioè atta a meglio prospettare la portata e l'estensione della cura. Questa pure conserverà i suoi precetti di non tergiversare davanti alla forma clinicamente acuta e manterrà l'imperio dell'urgenza. Ma, constatato che si tratti — anche nella forma acuta — di varietà infiltrativa, si dovrà pensare che l'affezione, come può limitarsi all'appendice, così può essere invece anche di altri visceri. e si sarà meglio preparati allora alle ulteriori manifestazioni e alle nuove necessità, le quali allorchè si sia deposti ad intenderle, risulteranno assai più frequenti e più necessarie di quanto oggi, sotto la suggestione di un soddisfacente reperto operatorio, non si voglia ammettere.

Il nuovo indirizzo secondo il quale ho interpretato la malattia dell'appendicite risulta fondamentalmente dalle deficenze che presenta il vecchio: a giudizio stesso di coloro che lo seguono. Ma in gran parte è effetto di un principio che si fa strada nella mente del chirurgo per notevole bisogno di adeguare l'opera sua pericolosa alle esigenze del male realmente e particolareggiatamente riconosciuto, cioè esattamente valutato. Una spiegazione del disaccordo fra le precedenti nozioni da me stesso condivise e propalate e le nuove idee che alla luce di questo lume ora sorgono, credo che sia da ravvisarsi nel modo nel quale l'argomento dell'appendicite fu studiato finora, cioè sotto la rinuncia di quel beneficio che deriva dalla metodica dettagliata indagine che solo il settore può fare al tavolo anatomico. L'appendicite fu studiata per la massima parte dall'anatomo-patologo attraverso l'opera del chirurgo. La quale ha il privilegio di studiare in vivo, ma, appunto per questo, soffre di notevole limitatezza di esame, e, nel caso specifico dell'appendicite, è legata al dogma di operare precocemente onde prevenire le gravi conseguenze del poi, e perciò, di queste conseguenze estreme raramente fornisce documenti adeguati.

Quello che è mancato non si farà mai, perchè l'appendicite, sempre meno sarà materiale d'autopsia. Bisogna dunque che sempre più il chirurgo si disponga a colmare la lacuna: osservando, analizzando, ricercando lui personalmente ciò che soltanto al suo controllo si presenta. Tale compito può essere assolto benissimo in pieno accordo colla suprema inderogabile legge di nulla trascurare, e nulla osare che al malato possa nuocere. E quand'anche il presente lavoro non raggiungesse altro obbiettivo che di vieppiù stimolare in questo senso le volenterose e pazienti energie chirurgiche, avrebbe trovato sempre il suo confortevole compenso.

BIBLIOGRAFIA CITATA.

ASCHOFF. Berl. kl. W., 57, 1920; B. path. Anat., 77, 1927; Berlin, Springer, 1930; B. z. path. Anat., 87, 1931; Münch. m. W., 1931, II; Kl. W., 1933, II.
DAVIDOVIC. Zorg., 37, 277; Zorg., 32, 523.
EVANS. Cit. HUNT. Am. J. Surg., 6, 1929.
HEILE. M. G. M. Ch., 26, 1913; Münch. m. W., 1925; D. Z. Ch., 226, 1930.
HILGERMANN u. POHL. D. m. W., 1929, II.
LAMOTTE. Cit. LANZ in WULLESTEIN e WILMS.
LANZ. Corresp. Bl. Schweiz. Aerz., 1889; B. kl. Ch., 38; in WULLESTEIN e WILMS.
LEOTTA. XXVIII Congr. Soc. Ital. Chir., 1931.
LÖHR e RASSFELD. Leipzig, Thieme, 1931.
LOUYER VILLERMET. Cit. LANZ in WULLESTEIN e WILMS.
MELIER. Cit. LANZ in WULLESTEIN e WILMS.
RAVENNA. Arch. Ital. Anat., 2, 1931.
SETTE e BARCAROLI. Pol., Chir., 1932.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Pavia.
Direttore: prof. A. FERRATA.

Su due casi di spirochetosi ittero-emorragica.

Dott. ARISTEO BERTOLA, assistente.

La spirochetosi ittero-emorragica viene trasmessa per lo più da ratti portatori di spirochete; è risaputo che questi animali rappresentano il serbatoio del virus e nello stesso tempo il veicolo di propagazione anche a distanza dell'infezione, poichè contengono nel sangue ed eliminano con le urine e con le feci una forte quantità di spirochete; si spiega perciò come tale malattia infettiva abbia sovente origine idrica e numerosi sono i casi di itteri sopravvenuti a risaioli, fornaciai, minatori, conciapelli, ecc. ecc. in seguito a bagni in piscina, in riviera, nei fiumi, dove è stata riconosciuta l'origine spirochetosica.

Recentemente sono stati ricoverati in Clinica due pazienti affetti da ittero dove i rapporti etiologici si sono presentati con grande nettezza ed è stato possibile seguire in essi il decorso della malattia giorno per giorno: mi pare interessante riferirne per esteso, in quanto dimostrano come tale malattia si mantenga da noi costantemente, per quanto non abbia tendenza ad assumere carattere epidemico.

Nel primo caso si tratta di un uomo di 27 anni, senza fatti degni di nota nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Ha incominciato a lavorare il 22 settembre in una risaia e per eseguire il lavoro affidatogli ha dovuto stare tutte le giornate nell'acqua sporca a piedi nudi. Durante la sesta giornata di lavoro, di mattina venne morsicato al piede sinistro da un grosso ratto acquaiolo, e alla sera notò la presenza di una lesione di continuo della lunghezza di circa 1/2 cm. a margini netti, localizzata sul lato mediale del secondo dito del piede sinistro. Disinfettò accuratamente la parte lesa con alcool, indi non osservò più la piccola ferita che guarì perfettamente. La sera del 4 ottobre (circa sei giorni dopo la ferita) la malattia inizia in modo brusco, con brividi, mialgie, artralgie, dolori addominali, cefalea intensa, senso generale di rottura, iperemia congiuntivale, febbre elevatissima (oltre 40°). Il 5 ottobre la temperatura si mantenne elevata sia al mattino che alla sera, le mialgie si accentuarono, comparvero i segni di una reazione meningea: rigidità della nuca, sintoma di Kernig, avvallamento dell'addome, conati di vomito. Nelle giornate successive la sintomatologia si mantenne invariata, la temperatura a tipo continuo sempre elevatissima, si manifestò allora vomito biliare, epistassi, l'astenia si fece intensissima, i fatti meningei si aggravarono. Successivamente, undici giorni dopo l'insorgenza, la temperatura, subì una defervescenza di breve durata; nello stesso giorno si poteva notare una lieve tinta itterica diffusa a tutto il corpo, ben visibile alle sclere. La temperatura salì nuovamente a 40° nella giornata successiva.

All'entrata in Clinica la temperatura raggiungeva i 40°, la pressione arteriosa 100-55 R. R., il polso ritmico piuttosto molle, frequenza 100, l'ittero lievemente più intenso; il giorno dopo (tredicesima giornata) la temperatura si mantenne sui 38°-39°. Il 12 ottobre (quattordicesima giornata) la febbre continuò nella progressiva diminuzione mantenendosi sui 37°-38° per cinque o sei giorni. Col progressivo abbassarsi della temperatura gli altri sintomi si attenuarono, indi scomparvero; l'ittero invece andò per circa una settimana sempre più accentuandosi, le urine erano di colorito marsala carico, di aspetto torbido, con schiuma giallo-verdastra persistente, a reazione acida, P. S. 1016, cc. 500 nelle 24 ore. Albumina presente, sangue assente, zucchero assente, indacano presente, urobilina presente (stria limite visibile fino a 1:4); la reazione di Hay era positiva, la reazione di Gmelin era positiva; nel sedimento cilindri ialini, granulosi, epiteliali, assenti i globuli rossi. Le feci erano scolorate e quasi acoliche, bilinogeno col metodo Riva-Zoia stria limite 1:20. Parallelamente all'intensificarsi dell ittero la bilirubina nel siero reazione diretta si era fatta immediata; la bilirubinemia misurava mmgr. 0,47 per cento. Malgrado l'intensità dell'ittero il fegato era poco aumentato di volume, debordava un dito trasverso circa dall'arcata costale ed era modicamente dolente; la milza non era palpabile. Il prurito era intenso, la bradicardia accentuata. Mancavano segni di fragilità vasale. Tempo di coagulazione 9 minuti. Tempo di emorragia 4 minuti. Il valore funzionale del fegato misurato colle prove della galattosuria appariva lievemente alterato. L'azotemia dosata una prima volta l'11 ottobre era di gr. 0,95 ‰, il giorno 20 ottobre gr. 0,50 ‰, il giorno 25 ottobre era gr. 0,50 ‰; alla scomparsa dell'ittero misurava gr. 0,40 ‰. L'esame di sangue dimostrava: globuli rossi 4.700.000, leucociti 20.000, Hb. 106 %, V. G. 1,12; formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 86 %, linfociti 8 %, monociti 4 %, granulociti eosinofili 1 %; in seguito i globuli rossi andarono progressivamente diminuendo sino a 3.500.000, indi incominciarono nuovamente ad aumentare ed in breve tempo raggiunsero il numero normale; il tasso emoglobinico subì pure una progressiva diminuzione sino a 75 %, indi ritornò ai valori iniziali. Emocultura, sierodiagnosi per tifo e paratifo A e B negative. Reazione di Wassermann, Meinicke, Sachs-Georgs, negative.

Benchè la sintomatologia presentata dal paziente fosse quella caratteristica della spirochetosi ittero-emorragica, la certezza diagnostica poteva essere data soltanto dalla prova biologica sugli animali; tre cavie inoculate sottocute ed in peritoneo con sedimento di urine estratte mediante cateterismo, dopo 10 giorni morirono presentando il quadro tipico di una sindrome ittero-emorragica: tutti i tessuti presentavano colorazione itterica; il polmone presentava una serie di focolai emorragici irregolarmente sparsi. La pleura parietale presentava chiazze emorragiche. Il fegato era ingrossato, di color rosso-bruno. I reni pallidi, ingrossati, lievemente giallastri. La milza un po' ingrossata, molle. Focolai emorragici si riscontravano in corrispondenza delle meningi. L'osservazione a fresco in campo oscuro e sui preparati per striscio colorati col metodo di Giemsa e col metodo al nitrato d'argento, dimostrava la presenza di leptospire in grande numero nel fegato, rene e milza.

Riassumendo: *Sei giorni dopo essere stato morsicato da un ratto acquaiolo il paziente ammalò di spirochetosi che fu possibile seguire nell'evoluzione. La malattia inizia con una fase di brividi, dolori articolari, muscolari, addominali, in seguito fenomeni meningei, fatti emorragici, la temperatura bruscamente elevatasi oltre i 40° per cinque giorni si mantenne a tale altezza a tipo continuo, indi accusò una fugace defervescenza, rapidamente però il giorno dopo ritorna ai gradi di prima, in seguito per lisi discende ai limiti normali. In undicesima giornata di malattia si manifestò l'ittero che si fece rapidamente intenso, con urine itteriche, feci acoliche ed una reazione di Hijmans v. d. Bergh diretta intensa. L'ittero durò circa trentacinque giorni, con segni di insufficenza epatica. Durante il periodo acuto della malattia esisteva ritenzione azotata e lieve insufficenza renale.*

La natura spirochetosica dell'infezione è stata confermata dalla inoculazione in cavia, sottocute ed in peritoneo, di sedimento di urine estratte con catetere. Il virus inoculato in altri animali provocò la medesima sindrome itterica mortale in un periodo di tempo più breve.

* * *

Nel secondo caso si tratta di un uomo di 22 anni senza fatti degni di nota nel gentilizio e nell'anamnesi remota; addetto ai lavori nelle fornaci era costretto a stare a piedi nudi in fossati, tra il fango e l'acqua sporca. Durante il lavoro si imbrattò i piedi, che presentavano abrasioni ed escoriazioni, col sangue di ratti di cui aveva distrutto una nidiata.

Dopo un periodo di tempo di circa otto giorni, la sera del 28 luglio la malattia inizia improvvisamente con brividi, dolori articolari, muscolari ed addominali, cefalea, senso generale di rottura, anoressia, febbre a 40°,4. Il secondo e il terzo giorno di malattia la febbre si mantenne elevata a tipo continuo, comparvero i segni di una reazio-

ne meningea: rigidità della nuca, sintoma di Kernig, vomito, delirio. Il quarto giorno accusava epistassi e si notavano petecchie diffuse a tutto il corpo esclusa la faccia; l'astenia era intensissima, la temperatura sempre elevata. Nella giornata successiva la sintomatologia si mantenne invariata.

All'entrata in Clinica la febbre misurava 39°, la pressione arteriosa 105-60 R. R., il polso ritmico, molle, frequenza 96, si notava per la prima volta lieve tinta itterica diffusa a tutto il corpo, ben visibile alle sclere. Nella giornata successiva la temperatura misurava 39°, tutti gli altri sintomi che caratterizzavano la malattia erano in progressiva attenuazione, mentre l'ittero si accentuò ed in quattro giorni raggiunse la massima intensità, per mantenersi stazionario, indi regredire, le urine erano di colorito marsala scuro, con schiuma giallo-verdastra persistente, a reazione acida, peso specifico 1018, cc. 700 nelle 24 ore. Albumina presente, zucchero e sangue assenti, indacano presente, urobilina presente (stria limite visibile fino a 1:8); la reazione di Hay era positiva, la reazione di Gmelin era positiva, nel sedimento rari cilindri ialini e granulosi, globuli rossi assenti. Le feci erano acoliche, bilinogeno col metodo Riva-Zoia stria limite 1:40.

Parallelamente al più forte sviluppo dell'ittero, la bilirubina nel siero reazione diretta era immediata, la bilirubinemia misurava mmgr. 0,55 %. Il fegato debordava dall'arcata costale quattro dita trasverse, era dolente; la milza era palpabile. Il prurito era intenso, la bradicardia accentuata. Il segno del laccio e il segno del martello erano negativi, tempo di coagulazione 8 minuti, tempo di emorragia 4'50''. Il valore funzionale del fegato appariva lievemente alterato. L'urea sanguigna in sesta giornata misurava gr. 0,98 ‰, in dodicesima giornata gr. 0,35 ‰. Globuli rossi 4.500.000, leucociti 22.000, Hb. 90, V. G. 1; formula leucocitaria: granulociti neutrofili 89 %, linfociti 6, monociti 4, granulociti basofili 1. Piastrine in quantità normale.

Emocultura, sierodiagnosi per tifo e paratifo A e B, negative.

Reazione Wassermann, Meinicke, Sachs-Georgs, negative.

La diagnosi venne confermata dalla prova biologica sugli animali.

Tre cavie vennero inoculate sottocute ed in peritoneo con sedimento di urine estratte con catetere; le cavie morirono in dodicesima giornata presentando il quadro di una sindrome ittero-emorragica; l'inoculazione di emulsione di fegato e di rene di questi animali ha prodotto l'infezione in altre cavie.

Numerose leptospire icterohaemorragiae erano visibili al paraboloide e sui preparati per striscio col metodo di Giemsa e col metodo al nitrato d'argento.

Riassumendo: *Il paziente, obbligato a lavorare in fossati, tra fango e acqua sporca, contrasse una malattia che inizia con brividi, mialgie, artralgie, febbre oltre 40°, in seguito fenomeni meningei, fatti emorragici. Per cinque giorni la temperatura si mantenne elevata ed a tipo continuo, indi per lisi ritorna ai limiti normali. Contemporaneamente al regredire della febbre comparve ittero, che si fece rapidamente molto intenso, con urine intensamente colorate da pigmenti biliari, feci acoliche, prurito intenso, bradicardia, ed una reazione di Hijmans v. d. Bergh intensa. L'ittero durò trenta giorni circa con segni di insufficenza epatica e contemporaneamente durante il periodo acuto, esisteva ritenzione azotata senza gravi segni di insufficenza renale.*

La natura spirochetosica dell'infezione è stata confermata dalla inoculazione in cavia, sottocute ed in peritoneo, di sedimento di urine estratte mediante cateterismo.

In questi due casi è stato possibile stabilire con sicurezza la via d'ingresso dell'agente infettivo: infatti si tratta di operai addetti ai lavori delle risaie e delle fornaci: il primo venne morsicato da un topo acquaiolo (mus decumanus), riguardo al secondo si nota che l'infezione proviene dal contatto avuto col sangue di una nidiata di topi dall'ammalato stesso uccisi, e verosimilmente i germi, dal sangue dei topi, sono penetrati attraverso le numerose abrasioni che aveva agli arti inferiori.

Casi simili sono descritti da Strasburger e Thill, da Hoesch che osservarono forme spirochetiche dopo bagni in fiume, da diversi autori francesi come Troisier, Kindberg e Meunerot-Dumaine, De Massary, Etienne Bernard, Brodin, Martin e Petit, Brulè e Stahelin; Carnot e Weill, ecc. ecc. che osservarono spirochetosi ittero-emorragica dopo bagni nelle acque della Senna o dopo annegamento. Si trattava in questi casi, come nei presenti, di forme acute e gravi a decorso protratto e ad esito non mortale, un solo caso a Parigi ebbe decorso acutissimo con esito mortale. Questa casistica conferma come l'infezione prodotta dall'agente eziologico scoperto da Inada e Ido nell'uomo abbia spesso un'origine idrica, determinata dall'ingestione di grandi quantità di acqua. Questi casi vanno aggiunti a quelli osservati nella Provincia di Pavia da Carpi, Villa, Cattaneo, Callerio, ecc., che risultarono tutti provocati dalla morsicatura di ratti di varia specie (mus decumanus, mus alexandrinus, microtus montebelli), oppure da contagio con virus contenuto nelle feci, nelle urine e nel sangue attraverso lesioni cutanee anche minime.

In tutti questi casi l'infezione spirochetosica ha avuto un decorso più spesso non mortale, in contrasto con quello delle forme osservate nei paesi tropicali e nel Giappone, originate dallo stesso agente eziologico o forse da varietà diverse di spirochete (problema quest'ultimo non ancora risolto), e che notoriamente sono casi sempre molto gravi e con mortalità assai elevata.

Concludendo, la spirochetosi per quanto si verifichi nella nostra regione con relativa frequenza, non presenta carattere epidemico, i casi si mantengono sporadici e di scarsa gravità. Non pare di poter escludere in modo assoluto che i frequenti casi che vengono spesso

diagnosticati come dovuti al cosidetto ittero catarrale debbano essere considerati come spirochetosici.

RIASSUNTO.

Sono stati descritti due casi di itteri infettivi da spirochete osservati nella provincia di Pavia. Entrambi i casi presentavano la sintomatologia clinica caratteristica con sindrome meningea della spirochetosi ittero-emorragica. La ricerca batteriologica delle spirochete patogene ebbe esito positivo.

BIBLIOGRAFIA.

Brulé et Stehelin. Bull. Mém. Soc. Hôp. Paris, 1929, 25.
Callerio. Boll. Soc. Med.-Chir., Pavia, p. 613, 1931.
Carpi. La Riforma Medica, 1927.
Cattaneo L. Ibid., 1929, pag. 1513.
Carnot et Weill. Paris Médical, pag. 438, n. 20, 1934.
Hoesch. Zeitschr. f. Kl. Med., Bd. 110, 1929.
Martin et Petit. *Spiroch. ict. emorr.* Ed. Masson, Paris, 1919.
Strasburger e Thill. Klin. Woch., 1929-30.
Troisier, Kindberg e Meuneret-Dumaine. Bull. Mém. Soc. Hôp., Paris, 1929, 19.
Vallardi. La Clinica Medica Italiana, 1930.
Veratti e Bianchi. Boll. Soc. Med.-Chir. Pavia, 1930.
Villa. Ibid., 1929, 1.
Id. La Riforma Medica, n. 31, 1930.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

L'epilessia riflessa.

(L. Marchand. *Paris Médical*, 25 luglio 1935).

Si dà il nome di epilessia riflessa a quella varietà di epilessia provocata da irritazioni anormali di una qualsiasi parte dell'organismo che non sia l'encefalo.

Le cause irritative possono agire sui nervi periferici, sui nervi viscerali, sui nervi dei sensi specifici.

1) *Cause irritative interessanti i nervi periferici.*

Queste cause, molto varie, comprendono le irritazioni in rapporto alle ferite contuse degli arti, le lesioni dei nervi periferici, le cicatrici cutanee, le scosse impresse ai muscoli ed ai tendini, le irritazioni dei nervi dentarî, dei nervi del condotto uditivo, delle fosse nasali, dei globi oculari, degli organi genitali, le irritazioni di alcune zone cutanee.

I casi di ferite contuse di un arto seguìte da epilessia sono rari. Ne sono stati descritti da Jacquinelle, da Briand, da Anfimoff. Mairet e Pieron osservarono un caso nel quale in seguito a schiacciamento di una mano si verificarono sintomi di neurite del cubitale e poi del plesso brachiale. Contemporaneamente il soggetto cominciò a soffrire disturbi comiziali. L'aura consisteva in una sensazione dolorosa nell'arto leso. Spesso per provocare una crisi bastava comprimere la cicatrice dell'indice o l'unghia deformata, oppure la doccia bicipitale.

La lesione dei nervi periferici come causa di epilessia è più frequente, ma sempre rara. Ne sono stati descritti casi consecutivi ad irritazione o ferita dello sciatico, del mediano, del cubitale, del muscolo-cutaneo, del trigemino. Le numerose pubblicazioni al riguardo non sono recenti e non sempre sono convincenti. Sta di fatto che nell'ultima guerra in un importante centro neurologico dove furono ricoverati centinaia di individui con lesione più o meno completa o con grave irritazione dei nervi, specie dello sciatico, del cubitale e del mediano, non si osservò mai l'epilessia riflessa. Viceversa, non furono rare le crisi isteriche con aura iniziantesi a livello della cicatrice o della lesione nervosa. Non è improbabile che un elemento psichico (emozione, inquietudine, angoscia, dolore) si aggiunga all'irritazione dei nervi periferici, per modo che non si può parlare di epilessia riflessa.

Più netti e più sicuri sono i casi di epilessia riflessa provocati dall'irritazione di una cicatrice cutanea o da un neuroma superficiale.

Le osservazioni pubblicate al riguardo sono numerose e tutte convincenti. Per lo più le crisi sono scatenate dalla compressione della cicatrice o del piccolo tumore, e talvolta l'ablazione della cicatrice o del tumore determina la guarigione dell'epilessia.

Secondo alcune osservazioni l'irritazione nervosa è secondaria ad una lesione ossea e le crisi di epilessia sono precedute da un'aura localizzata nell'arto malato.

È noto come la percussione ripetuta o l'allungamento di un tendine o di un muscolo possa provocare crisi di epilessia parziale. Negli individui affetti da emiplegia spastica e da epilessia la ricerca dei riflessi tendinei o del clono del piede può provocare una convulsione dapprima localizzata all'arto esaminato e poi generale. Lo stesso risultato può ottenersi imprimendo movimenti passivi ad arti abitualmente contratti.

Si suole attribuire allo sviluppo dei denti, alla loro irritazione riflessa, ossia all'eccitazione dei nervi dentarî un gran numero di malattie della prima infanzia, e tra queste l'epilessia. Ma se ciò può esser vero per la prima dentizione, non è certo per la seconda. È noto con quanta frequenza si sogliano notare convulsioni epilettiche negli antecedenti degli epilettici, convulsioni che quasi sempre i genitori riferiscono allo spuntare dei denti. Ma in effetti le prime convulsioni hanno già di per sè stesse un'origine schiettamente epilettica, e lo sviluppo dentario non ha su esse nessuna influenza. E quando le convulsioni

accompagnano disturbi gastrici febbrili coincidenti con lo spuntare dei denti, sono allora convulsioni acute ed hanno una prognosi benigna.

L'irritazione del trigemino provocata da denti cariati è stata considerata come causa di epilessia da Anglada, Schwartzkopff, Liebert, Brubacker e Foville. Féré in uno dei suoi malati che da dieci anni non aveva crisi epilettiche, vide comparire un nuovo accesso in occasione della eruzione molto dolorosa d'un dente del giudizio.

Sono state osservate crisi epilettiche in conseguenza della penetrazione nel condotto uditivo esterno di corpi estranei (insetti, fiori, vermi, ecc.) o di processi infiammatorii dell'orecchio medio.

Sono stati registrati casi di epilessia riflessa in seguito ad affezioni della faringe, alla penetrazione di larve nei seni frontali, di vermi e fiori nelle fosse nasali e sopra tutto alla presenza di polipi nelle fosse stesse.

Le eccitazioni oculari raramente figurano come causa di epilessia riflessa. Gazelewski l'avrebbe constatata in un caso di malattia oculare, Gowers nel tentativo di estrarre una scheggia metallica fissata nella cornea. Munier constatò una crisi epilettica nell'atto di provocare il riflesso oculo-cardiaco.

Sono stati notati casi di epilessia riflessa a punto di origine uro-genitale, in un caso di calcolosi vescicale, durante la circoncisione, in un caso di ectopia, di orchite, di malattie e malformazioni uterine.

Sono stati riportati parecchi nei quali alcune zone cutanee sono diventate epilettogene senza causa apparente. Basta la minima eccitazione di tali zone per scaturare un accesso epilettico.

Alcuni autori hanno creduto di osservare un rapporto tra l'epilessia ed alcuni disturbi oculari, sopratutto la stanchezza oculare provocata da vizii di refrazione. Lo sforzo di accomodazione provocherebbe un'eccitazione del simpatico, donde la crisi.

Galezowski ha visto scomparire le crisi epilettiche a seguito dell'enucleazione di un occhio malato. Viceversa Ciccarelli ha visto comparire l'epilessia a seguito di enucleazione di un occhio o a seguito di trauma oculare.

2) *Cause irritative interessanti i nervi viscerali.*

Gli antichi autori denominarono vegetativa l'epilessia causata da irritazione dei nervi dei visceri. Tutti gli organi sono stati incriminati, ma sopra tutto gli apparati respiratorio e digerente.

È ben nota l'epilessia tracheo-pleuro-pulmonare che è stata spiegata con varie teorie: emotiva, tossi-infettiva, embolica. In ogni caso si tratta sempre di un fatto riflesso: l'irritazione tracheo-pleuro-pulmonare è il punto di partenza di riflessi vasomotori nei centri cerebrali e bulbari che si traducono con accidenti epilettiformi.

Per quel che riguarda il tubo digerente non bisogna confondere con l'epilessia riflessa le crisi epilettiche determinate, non dall'eccitazione dei nervi dell'apparato digerente, ma dall'auto-intossicazione o infezioni che hanno la loro origine in questi organi o dall'ipertermia determinata dalle malattie stesse.

Sono ben note l'epilessia provocata dai vermi intestinali e le diverse teorie avanzate per spiegarla: riflessa, tossica, meningea.

L'epilessia riflessa di origine gastrica è rara. Ne sono stati invece descritti casi derivanti dalla presenza di corpi estranei nell'intestino.

Le irritazioni peritoneali ed appendicolari possono provocare crisi convulsive. Parecchie sono le osservazioni di convulsioni concomitanti con accessi appendicolari e guarite con l'appendicectomia. In alcuni casi di appendicite cronica le convulsioni erano determinate dalla pressione esercitata sulla regione cecale.

Sono state registrate crisi di epilessia jacksoniana a seguito di puntura per evacuazione di ascite.

3) *Cause irritative interessanti i nervi dei sensi specifici.*

Gowers cita due casi nei quali rumori forti e improvvisi provocavano leggeri attacchi di epilessia. Casi analoghi per stimolazioni acustiche diverse sono stati osservati da altri autori, ma per tali osservazioni si può fare il rilievo che talvolta lo stimolo sensoriale non fa che provocare condizioni emotive, le quali in effetti sarebbero responsabili dello scatenamento dell'accesso la cui natura epilettica nei casi osservati non è sempre decisa. Comunque Buchevon, Jones, Cacciapuoti e P. Marie hanno pubblicati casi clinici dai quali risulterebbe che l'eccitazione delle terminazioni del nervo acustico nel labirinto può provocare crisi convulsive, specie in individui già sofferenti di epilessia.

L'azione della luce come causa di epilessia riflessa è stata raramente notata, e ancora meno quella degli odori e dei sapori.

Tutto sommato malgrado il numero di osservazioni di epilessia riflessa che si riscontrano nella letteratura medica, questa forma di epilessia in effetti è rarissima, tanto che qulche autore l'esclude senz'altro. Al riguardo bisogna riconoscere che le pubblicazioni non sono sempre convincenti sia in relazione alla natura delle crisi, sia in relazione alla pretesa causa eccitante. D'altra parte non sempre è sufficientemente eliminata la possibilità che l'individuo esaminato sia un epilettico idiopatico.

La quistione dal punto di vista medico-legale ha una notevole importanza, perchè con lo sviluppo dell'istituto dell'assicurazione si ha tendenza ad attribuire a cause determinate disturbi di ogni genere, una tendenza che del

resto prescindendo da qualsiasi interesse ha riscontro nella disposizione diffusissima a trovare una qualsiasi spiegazione alla prima manifestazione della malattia. Non c'è malattia che per l'infermo o per i suoi congiunti non abbia la sua causa in qualche negligenza o colpa.

In tutti questi casi di sospetta epilessia riflessa bisogna discriminare l'eventuale azione dell'eccitamento locale dai più che probabili fattori psichici che accompagnano l'eccitamento stesso (emozione, dolore, ecc.).

Si può avere l'epilessia riflessa quando v'è un rapporto netto tra l'irritazione sensitiva, sensoriale o simpatica e l'accidente convulsivo, e quando il fatto si sia verificato in individuo sicuramente non epilettico. E tra questi casi conviene fare ancora altre distinzioni. Nell'epilessia appendicolare sembra che le crisi siano dovute alla bradicardia che provoca l arresto della circolazione cerebrale; nell'epilessia pleuro-pulmonare la teoria gassosa sembra ora prevalere su quella riflessa; nelle convulsioni verminose si tende ad incriminare uno stato meningeo tossico con linfocitosi abbondante del liquor.

Spesso sono presenti altre cause epilettogene (alcoolismo, sifilide, ecc.). Nel caso di Pontano si potevano provocare crisi eccitando alcune zone cutanee; orbene all'autopsia si trovò un glioma della frontale ascendente.

Le teorie avanzate per spiegare l'epilessia riflessa sono varie. Secondo alcuni l'eccitazione delle vie sensitive, sensoriali o simpatiche determina nel cervello disturbi vaso-motori (teorie circolatorie); secondo altri l'eccitazione aumenterebbe il tono dei centri motori (teoria dinamica); per altri infine l'eccitazione provocherebbe un'improvvisa modificazione dell'equilibrio simpatico (teoria simpatica).

Tutti gli autori concordano nel riconoscere che l'epilessia riflessa sopravviene solo in individui predisposti il cui cervello ha un'eccitabilità anormale. DR.

Encefalite psicosica acuta puerperale.

(MARCHAND, COURTOIS, SIVADON. *Presse Méd.*, n. 49, 1935).

Le psicosi puerperali rappresentano il 2,80 per cento delle malattie mentali. Rispetto allo stato puerperale la freqenza si calcola di 1-3 casi su 1000 parti. Esse possono verificarsi durante la gravidanza, nel periodo del parto o dell'aborto, o durante l'allattamento. Molto di prognosi buona sono le forme del periodo post partum, meno benigne quelle dell'allattamento, e spesso gravi quelle che insorgono in piena gravidanza.

Gli AA. si occupano specialmente delle psicosi puerperali che rivestono la forma di delirio acuto, così spesso e rapidamente mortale e che hanno per substrato anatomico una encefalite acuta.

Sindrome clinica: i disturbi mentali si presentano dal 2° al 21° giorno. Hanno spesso dei prodromi: cefalea, insonnia, nervosismo, turbe dell'umore, subeccitazione euforica o ansiosa; turbe gastro intestinali, qualche brivido, leggere febbri.

L'accesso di delirio acuto scoppia per lo più improvviso. Si tratta di una confusione mentale con onirismo terrificante, visioni di sangue di neonati che si sgozzano ecc. Si hanno tentativi di fuga, di violenza, di suicidio; improvvise reazioni violente.

La febbre è quasi sempre presente, anche alta. Polso rapido, lingua saburrale, stipsi, rifiuto di alimento. Si pensa a un'infezione uterina e si interviene in loco ma non si ottiene beneficio alcuno.

Lo stato generale si aggrava, dimagrimento rapido, colore terreo, sudore vischioso, azotemia crescente, riflessi tendinei esagerati all'inizio, poi deboli, poi scomparsi. Abitualmente tutto dura una o due settimane.

Sindrome biologica: non differisce da quella delle encefaliti acute psicosiche aventi altra causa del puerperio. Il fatto fondamentale è la ritenzione azotata, che però, è dimostrato, è un sintomo non una causa. La cloremia pure è alta. C'è aumento delle albumine sanguigne. La formula ematologica è quella delle malattie infettive: anemia e leucocitosi con polinucleosi. L'emocultura è spesso positiva per streptococchi. Nelle urine albumina e zucchero (galattosio).

Il liquor contiene tassi elevati di urea (qualche centigrammo di meno del sangue) ed è citologicamente normale. Vi sono forme emorragiche con liquido xantocromico. Il benzoino colloidale dà delle precipitazioni nella zona luetica e meningitica. La Vernes alla resorcina dà cifre alte.

Anatomia patologica: l'esame macroscopico del cervello mostra le alterazioni comuni a tutte le psicosi acute: congestione intensa della pia madre con suffusioni sanguigne, punteggiatura emorragica diffusa. Istologicamente anche abbiamo il quadro comune alle encefaliti acute: lesioni cellulari diffuse con evoluzione a tipo atrofico, numerosi elementi in istolisi, senza alcuna reazione nevroglica nè neuronofagica, lesioni infiammatorie vascolari.

Considerazioni generali e patologiche: l'affezione colpisce sopratutto le primipare; l'età non pare abbia importanza. Più utile è lo studio del terreno; certo molte malate già prima della gravidanza presentarono anomalie psichiche o vere turbe mentali gravi.

La esistenza di una febbre fa pensare a una tossinfezione; in molti casi si potrebbe anche pensare a una infezione streptococcica, ma non sempre si riesce a provare la esistenza di una vera setticemia.

Gli AA. non sono alieni dal pensare che forse non si tratta nè di tossine nè di virus, ma di profondi disturbi del metabolismo degli

umori sotto l'influenza delle cause le più diverse.

Prognosi: l'encefalite acuta puerperale che riveste il tipo classico del delirio acuto rappresenta la più grave delle psicosi puerperali. La morte si ha nel 90 per cento dei casi!

Cura: oltre alle medicazioni indicate in tutte le sindromi confusionali gravi (alimentazione lattea, siero glucosato e fisiologico, bagni freddi), si tentino tutte le cure dell'infezione puerperale: metalli colloidali, gallattoterapia, ascessi di fissazione, sulfarsenolo o preparati salvarsanici, siero antistreptococcico per lo più però senza sperare grandi risultati.

Nelle forme che si svolgono in gravidanza può pensarsi se non valga di interrompere questa.

L. Tonelli.

MISCELLANEA.

L'insufficienza circolatoria periferica.

(G. Dickel, Ed. Frommel e J. J. Mozer. *Rev. méd. Suisse Romande*, 2 sett. 1935).

Non è eccezionale che un malato, a cuore giudicato sano secondo i nostri metodi di investigazione più sensibili, muoia in pochi giorni o poche ore od anche in qualche minuto, in seguito ad intervento di chirurgia addominale, nel corso di una malattia infettiva, presentando i sintomi di un'insufficienza improvvisa della circolazione. Ma non si tratta della consueta forma di debolezza circolatoria; il quadro clinico è qui dominato da uno stato di prostrazione della circolazione, che si esprime con la caduta della tensione arteriosa, in polso frequente e filiforme, respiro precipitato e superficiale, estremo pallore con tendenza alla cianosi; il segno più caratteristico è la debole circolazione di ritorno, con le vene vuote e collabite.

Si deve quindi distinguere dall'insufficienza cardiaca pura, la insufficienza circolatoria periferica, corrispondente allo stato di ristagno del sangue nei capillari, in seguito a vaso-dilatazione esagerata di certi territori addominali o cutanei. La circolazione di ritorno è deficiente, la massa sanguigna circolante, ridotta al 60-75 % del normale. È quindi un quadro che fa contrasto con quello dell'insufficienza cardiaca e che comanda una terapia del tutto diversa; per combattere il collasso di un tifoso o di un operato, la somministrazione di digitale sarebbe un grave errore, come sarebbero la canfora od il siero fisiologico per un'asistolia del periodo terminale.

Fenomeni clinici.

Fino a pochi anni or sono, il cuore richiamava, nel vasto edificio della patologia circolatoria, quasi tutta l'attenzione dei clinici. Poco a poco, ci si è reso conto dell'importanza primordiale che possono avere le arteriole ed i capillari quando sono allo stato di spasmo, o di ipertonia. Si è così compreso il meccanismo di certe ipertensioni, di certi disturbi cerebrali, di certe emicranie, ecc.

Non meno importante è la nozione di ipotonia, di cui la forma più netta è lo stato di « shock », sia esso di origine traumatica, chirurgica, infettiva, tossica, anafilattica.

Lo « shock » traumatico ne può essere un esempio. Un individuo in piena salute che ha subìto una violenta contusione addominale si vede, pur essendo cosciente, immobile, dal viso terreo, con i tegumenti biancastri, con vaste placche rosso-bluastre, cianotiche che possono spostarsi e sono dovute a reticoli capillari dilatati al massimo in seguito a paralisi vasomotrice. Il sangue vi ristagna e vi è come fuori della circolazione.

Questo fenomeno di paralisi vasomotrice in corrispondenza dei capillari e delle fini venuzze è d'importanza capitale nella patogenesi dello stato di « shock ». È da esso che vengono tutti gli altri disturbi.

Oltre che nei territori cutanei, la stasi si produce anche in altri, come nel fegato e nella milza, in complesso nel territorio dei nervi splancnici. Tale fenomeno non può a meno di fare risentire i suoi effetti sull'insieme del sistema circolatorio. Il polso frequente, piccolo, filiforme, la pressione abbassata ad 87 ed anche a 60; i toni del cuore deboli, lontani; se il ritmo non è molto accelerato, si può sentire un rumore di galoppo (galoppo da ipotensione). All'ortodiagramma, il cuore non appare affatto dilatato, anzi più piccolo che normalmente: notevole stato di collasso delle vene.

Altri sintomi attirano l'attenzione: le vertigini, le lipotimie, talora delle vere sincopi, soprattutto se si tenta di mettere seduto il malato, tutti fatti di ischemia cerebrale, derivanti anch'essi dalla parilisi vasomotrice periferica.

Estremamente ridotta è la circolazione di ritorno. Il cuore batte in modo precipitato (tachicardia di difesa per la scarsezza di sangue che riceve). Il miocardio fa tutti gli sforzi possibili ed è soltanto grazie ad esso che la pressione arteriosa può mantenersi per un certo tempo malgrado la vaso-dilatazione periferica e soltanto quando questa ha raggiunto un grado estremo, la pressione cade di molto e lo « shock » è scompensato.

Ma anche il miocardio risente gli effetti di questo stato. Anzitutto, esso è sottoposto all'influenza dei centri cerebrali regolatori ed in secondo luogo avendo bisogno di una certa vascolarizzazione per lavorare, viene turbato nel suo funzionamento.

Disturbi analoghi a questi dello « shock » traumatico possono prodursi per cause patologiche differenti. Molto simile è quello chirurgico, che è particolarmente temibile nei grandi interventi addominali come pure in quelli cerebrali. L'emorragia (anche precedente all'intervento, come nel caso di gravidanza extra-

uterina o di emorragie gastriche) predispone allo « shock ».

Un collasso del genere può aversi durante il parto, per cui intervengono l'emorragia come pure gli interventi chirurgici e lo svuotamento brusco della cavità uterina.

Anche la narcosi, nei casi chirurgici aggiunge la sua azione.

Vi sono poi altri stati responsabili dello « shock ». Così gli stati infettivi, specialmente le piressie prolungate, fra cui la tifoide, nonchè il colera. In tali casi, si deve anche tener conto dello stato dei surreni, particolarmente lesi nella difterite; l'insufficienza surrenale acuta contribuisce ad aggravare il collasso circolatorio delle malattie infettive.

Vanno poi ricordati lo « shock » insulinico e quello che si osserva nel coma diabetico, nonchè quelli anafilattici, proteinici, colloidoclasici, sierici, in cui si ha sempre un collasso circolatorio da paralisi vasomotrice periferica.

Allo « shock » istaminico, che si può ottenere sperimentalmente nell'animale, va ravvicinato quello che si ha nelle ustioni estese, in cui sono assorbite dall'organismo notevoli quantità di istamina.

Evoluzione. — Le forme gravi finiscono rapidamente con la morte; il cuore continua a battere, ma batte a vuoto senza poter cacciare sangue nel sistema arterioso, poichè non ne riceve. L'organismo è, in certo qual modo salassato « a bianco » nei suoi serbatoi periferici.

Nei casi meno gravi, il tono periferico riprende, la pompa cardiaca torna a funzionare, la massa del sangue circolante aumenta e si può ristabilire la circolazione normale.

LA TERAPIA.

Ha un triplice punto di attacco: deve sollevare il cuore, lottare contro lo sfinimento dei vasomotori (scopo principale!) e ristabilire le funzioni del centro respiratorio.

Per quanto riguarda il cuore, inutili sono la digitale e lo strofanto. Il cuore funziona male essenzialmente per la scarsezza del liquido che vi affluisce. Prima indicazione, quindi, è l'introduzione di liquido (siero fisiologico o soluzione di Ringer); meglio ancora l'iniezione endovenosa di siero glucosato al 20, 30, 40 %; la soluzione ipertonica, di fatto, drena il plasma trasudato ed è utile anche per questo. È conveniente introdurla col goccia-a-goccia, allo scopo di impedire un sovraccarico del cuore con una soluzione troppo vischiosa. Efficace e ad azione complessa è la trasfusione.

Contro la paralisi vasomotrice periferica, abbiamo due sorta di rimedi, gli uni ad azione specialmente periferica, gli altri ad effetto centrale (centri vasomotori del circolo e del respiro).

Fra i rimedi ad azione periferica, i più importanti sono l'adrenalina e l'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi, che costituiscono teoricamente la medicazione di scelta. L'adrenalina, però, ha azione troppo fugace e bisognerebbe iniettarla ogni 5 minuti oppure mediante un goccia-a-goccia, il che non può farsi che in servizi di perfetta organizzazione. La post-ipofisina, poi, ha due inconvenienti: l'uno che provoca una contrattura delle coronarie, l'altro che scatena la tachifilassi, per cui le iniezioni successive sono inutili o quasi.

Più conveniente risulta l'efedrina o l'efetonina la quale agisce perifericamente come l'adrenalina, ma essenzialmente sull'elemento nervoso; essa può anche associarsi all'adrenalina od alla postipofisina.

Fra i rimedi ad azione prevalentemente centrale, sono specialmente la canfora ed i suoi derivati del tipo cardiazol e coramina. La canfora è anzitutto uno stimolante del sistema nervoso centrale ed eccita i centri encefalici e specialmente quelli del respiro ed i vasomotori. Tale azione, però, è assai fugace e l'iniezione va ripetuta, eventualmente ogni ora od ogni mezz'ora. Sotto l'influenza di questi rimedi, la respirazione si fa più frequente, aumenta la portata circolatoria e si può assistere a delle vere risurrezioni. Altri rimedi utilizzabili sono la caffeina, l'etere, l'alcool.

In complesso, nella terapia, dare la preferenza alle abbondanti infusioni glucosate, alle iniezioni sottocutanee di adrenalina col goccia-a-goccia ogni qualvolta ciò sia possibile. L'effetto più sicuro si avrà con l'efedrina e l'efetonina ed i derivati della canfora a cui si potranno associare i glucosidi della digitale, specialmente negli stati morbosi di origine tossi-infettiva. *fil.*

Un processo di chiusura della parete dopo laparotomia mediana sopraombellicale.

J. BARANGER. *Revue de Chirurgie*, 55° a., n. 1, p. 63.

Ad evitare i laparoceli post-operatori, dopo laparotomie mediane, l'A. propone un suo metodo di riparazione della parete usato secondo la tecnica di Wilkie.

Il metodo consiste in incisione della pelle sulla linea alba sopraombellicale, scollamento del sottocutaneo dall'aponevrosi per 2 o 5 cent. da ciascun lato; due incisioni verticali paramediane sulla guaina dei retti a due cent. dalla linea alba, emostasi accurata, incisione mediana della linea alba e del peritoneo.

Praticato l'intervento addominale principale se è necessario un drenaggio questo sarà fatto attraverso i muscoli larghi al di fuori della guaina dei retti.

La chiusura della parete viene praticata nel modo seguente: sopragitto in catgut del peritoneo e del foglietto posteriore della guaina dei retti. In seguito sarà passata una serie di crini doppi sotto i bordi esterni delle linguette aponevrotiche create dalle incisioni paramediane e gli estremi repertati con pinze. I bordi interni delle due linguette saranno riuniti con una serie di punti staccati di catgut in modo così da ricostruire la linea alba. I crini doppi

repertati con pinze saranno incrociati ad X e passati attraverso il foglietto anteriore della guaina dei retti. Chiusura della pelle con crini e stuello di garza al di sopra del quale sono legati i crini doppi.

L'A. conclude dicendo che la chiusura abituale della parete dopo laparotomia sopraombellicale espone con frequenza al laparocele e che la tecnica di Wilkie diminuisce di molto il pericolo di questa evenienza.

M. PLASTINA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

SALVATORE CHIMENTI-BOMMARITO. *Fibrosi artificiale curativa delle varici per mezzo delle iniezioni sclerosanti.* Alberto Reber, edit., Palermo. Pagine 218 con 4 tavole. L. 18.

In tema di cura delle varici il campo è diviso fra i fautori del metodo cruento e quelli che viceversa si schierano a favore del metodo incruento.

Specialmente a proposito di quest'ultimo esistono numerose pubblicazioni italiane e straniere, ognuna delle quali preconizza una particolare tecnica o l'uso di una particolare soluzione sclerosante.

Ecco perchè l'orientamento è per il pratico un grave problema, non scevro di responsabilità.

L'A. mette a profitto la sua larga esperienza, nel raccogliere, ordinare e discutere tutta questa messe di lavori, in modo da fornire al lettore il famoso filo d'Arianna per uscire dal dedalo.

Infatti il libro, scritto in forma chiara, costituisce, dal punto di vista teorico e pratico, una sicura guida per chi voglia acquisire le più recenti conoscenze sull'argomento e voglia quindi passare alla pratica applicazione del metodo incruento, che ha dato all'A. risultati brillanti.

Un interessante capitolo è quello dedicato alla cura delle ulceri varicose.

Ricchissima la bibliografia.

Si può dire perciò che l'A. ha compiuta una utile fatica, in quanto il lavoro merita ed avrà larga diffusione, specialmente fra i medici medici pratici.

a. parlavecchio.

A. MAZZOLANI. *L'azione patogena del calore in Tripolitania.* Un vol. in-8° di 117 pagg., con figure, P. Maggi, Tripoli, 1935, s.p.

Il lavoro dell'A. è più ampio di quanto non indichi il titolo, in quanto che esso riguarda tutta la complessa azione fisio-patologica del clima della Tripolitania.

Delinea dapprima le caratteristiche meteorologiche locali, occupandosi poi dell'influenza del calore sulle nascite, sui decessi, sul lavoro, studiato quest'ultimo fra gli scolari, gli operai, i militari. Dopo un buon capitolo sul colpo di calore nel lattante, accenna all'azione del calore sulla delinquenza.

Tratta poi ampiamente del vento caratteristico della Tripolitania, il ghibli, correggendo alcune idee erronee in argomento e dimostrandone l'azione fisiopatologica sulla base di copiose osservazioni. Segue una ricca bibliografia.

Le conclusioni a cui arriva l'A., basate su precise statistiche, sono di notevole importanza per la migliore conoscenza del clima di questa nostra colonia e per le conseguenze pratiche che ne possono derivare in riguardo al ritmo delle attività da svolgersi ed alla profilassi dei disturbi che ne possono conseguire.

fil.

L. DELHERM et HENRY BEAU. *La radiothérapie des syndromes organo-végétatives.* Collezione di medicina e chirurgia pratica. Pagine 158 e 6 figure, 1935. Masson ed., 22 franchi.

Laignel-Lavastine, che ha dettato la prefazione a questo piccolo manualetto sulla radioterapia delle sindromi organovegetative, fa giustamente notare che manca una conclusione perchè per prudenza gli AA. si sono astenuti dal farla: conclusione che potrà essere tuttavia fra qualche tempo dedotta dai risultati di tutte queste ricerche.

Premesse alcune nozioni preliminari sulla anatomia e fisiologia del sistema nervoso vegetativo gli AA. insistono nella I^a parte sulle nozioni di radiofisiologia (azione sulla pelle, sui vari organi e tessuti, sul sangue, modificazioni dei liquidi organici dopo l'irradiazione, modificazioni dell'equilibrio acido basico ecc.) e sulle idee direttrici nella tecnica del simpatico. Passano nella II^a parte a studiare gli effetti della radioterapia nelle affezioni della pelle, delle sindromi cardio vascolari, delle affezioni nervose, delle ghiandole endocrine e del metabolismo, delle affezioni nervose, delle affezioni infiammatorie, delle affezioni gastrointestinali ecc.

Per ogni capitolo una breve nozione di tecnica e poche note sui possibili risultati. Il manualetto si chiude con alcune regole di fisiologia e di terapia del simpatico nei riguardi della radioterapia.

E. MILANI.

Wiener Archiv f. inn. Medizin. Vol. 27, fasc. 3, (pag. 319-478). Urban & Schwarzenberg, Wien, 1935. Prezzo R.M. 14,50.

Il presente fascicolo che completa il 27° volume contiene 10 lavori, fra cui: *Confronto fra le iniezioni endov. di digitossina e di strofantina* (G. Modrakowski). *Osteosi di origine paratiroidea* (C. Parhon) e Tomorug). *Il trattamento röntgen del linfogranuloma* (G. Schwarz). *La prognosi dell'ipertonia in base alle modificazioni papillari* (J. Brana e P. Radnai). *Forma combinata di endocardite e sifilide viscerale* (A. Widrin). *Granulomatosi benigna* (F. Sundelin). *La sepsi da mal rossino nell'uomo* (W. Schidler e M. Teichmann).

fil.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(*Continuazione; v. num. preced.*).

Discussione della Relazione.

(Ore 15, 24 ottobre 1935).

Presidenza: Ferrata.

F. Schiassi (Bologna). — Mentre fino a qualche tempo fa valeva il concetto che un netto grado di bilirubinemia indiretta è accompagnato costantemente dai segni di una ipermolisi morbosa, oggi sono noti casi, ai quali ha accennato anche il prof. Micheli, di itterizie emolitiche senza segni clinici di aumentato ricambio emoglobinico.

L'O. riferisce di aver riscontrato tale fatto non transitorio, ma permanente ed interessante è il fatto che la sindrome guarisce somministrando ferro ridotto ad alte dosi.

L'O. si domanda se i casi in cui non vi è forte anemia possono essere dovuti ad iperbilirubinemia da alterata funzione della funzione escretoria della cellula epatica, e se quando invece l'anemia è notevole occorra ammettere anche l'iperemolisi; ad ogni modo è desideroso di sapere l'opinione del prof. Micheli in proposito.

G. Meldolesi (Roma). — Ribadisce l'importanza del pigmento muscolare (mioglobina) per la genesi del pigmento biliare. In casi di alterazioni muscolari (distrofia muscolare progressiva, miositi) si osserva ipereliminazioni di bilina fecale (14-16 volte la norma) che cessa col cessare dell'alterazione muscolare. Nel corso di itteri catarrali, alterazioni pancreatiche sono messe in evidenza da ricerche dirette sul succo duodenale, le quali dimostrano sopratutto alterazioni del suo potere amilotico.

G. Sabatini (Genova). — Tiene ad affermare come la patologia epatica sia in piena revisione ed evoluzione. È indubbio che la presente riunione stabilisce dei capisaldi importanti: affermare il valore di *sintoma* che spetta all'ittero, affermare la genesi extraepatica della bilirubina, stabilire le categorie di ittero così come si è fatto, sono già precise conquiste.

Scendendo a particolari disamine l'O. fa notare la grandissima frequenza con la quale il fegato viene alterato nelle più svariate malattie specie infettive, ed afferma che se fosse possibile raccogliere ed esaminare come si fa per l'orina, si troverebbe il fegato leso molto più spesso che non il rene. Discute sulla distinzione fra forme epatocellulari e epatocolangitiche, sulla genesi e sulla intima correlazione e coesistenza di lesioni parenchimatose e flogistiche, nonchè delle cellule epatiche, delle cellule di Kupfer e delle vie escretrici, dalle minime alle massime.

C. Gamna (Siena). — Ribadisce il concetto che alla base degli itteri cosidetti epatocellulari sono sempre alterazioni istologiche del parenchima in senso disintegrativo, reversibili o meno e quindi la genesi dell'ittero può essere interpretata come un riassorbimento dei prodotti di disintegrazione compresi i pigmenti biliari, che non convogliati più per le vie del deflusso fisiologico subiscono il destino delle scorie tissulari passando per via linfatica nel torrente circolatorio.

Queste lesioni sono spesso parcellari, magari di gruppi di cellule o di singoli elementi: il puntato epatico o l'esame di frammenti marginali possono quindi facilmente non valutarli. D'altra parte è noto che in molte circostanze patologiche nel fegato accanto a fenomeni regressivi si hanno fenomeni rigenerativi, che sono quelli che giustificano il comportamento funzionale del fegato nel senso della comparsa o meno del grado d'insufficienza funzionale, ittero compreso.

Landolfi prof. M. (Napoli). — L'O. riferisce brevemente sulle osservazioni del dott. Vincenzo Landolfi in rapporto agli itteri da iperepatia dei mangiatori, e sulle osservazioni sue di due casi di itteri emolitici eredo-malarici, guariti con le cure antimalariche, epatiche ed autoemoterapia. Descrive in fine con dettagli un caso molto interessante di ittero meccanico periodico, afebbrile, con fegato ingrandito e più consistente e cistifellea lievemente sporgente, da ascaridi lombricoidi, guarito completamente con la santonina, mentre da altri erano state fatte le diagnosi più disparate.

S. Maugeri (Parma). — A proposito dell'ittero nelle alterazioni emorragiche del polmone, l'O. rileva che esso può dipendere sia da lesioni epatiche, sia da fatti emolitici, da iperattività emodistruttiva del sistema reticolo-endoteliale.

L'O. ritiene tuttavia che nella genesi di quest'ittero grande importanza abbia l'epitelio polmonare, ed infatti a conferma di quanto sostenuto da Eppinger, l'O. ha potuto dimostrare che iniettando per via endotracheale in conigli globuli rossi omologhi, aumenta il contenuto bilirubinico nel sangue ed istologicamente si ha una grande partecipazione dell'epitelio polmonare nella elaborazione dei globuli iniettati.

L. D'Amato (Napoli). — L'O. prende la parola per ricordare alcune sue ricerche riguardanti le alterazioni della bile ricercate negli animali intossicati con veleni chimici o con veleni batterici. In tutti gli animali fu trovato aumento delle sostanze proteiche della bile, sensibilissima diminuzione dei sali biliari, trascurabile aumento della colesterina. Tali ricerche forse le prime in questo campo, dimostrano l'intimo rapporto tra la patologia del fegato e quella della vescichetta biliare e d'altra parte c'è anche da domandarsi se questa alterata composizione chimica della bile non potesse influire sulle funzioni dell'app. digerente, dato che meriterebbe di essere tenuto nel suo giusto valore.

Successivamente l'O. si sofferma a parlare degli itteri epatocellulari, ricordando come pur essendo fuori dubbio che in tali casi le alterazioni delle cellule epatiche sono al I piano, tuttavia esiste sempre un leggero aumento della bilirubinemia anche quando non vi è ittero manifesto, e d'altra parte la clinica dimostra che vi sono delle epatiti tossiche in cui l'ittero non è apprezzabile clinicamente e ve ne sono altre in cui l'ittero è intenso.

Anatomopatologicamente in tali casi vi deve essere qualche cosa di diverso, pur non essendo facile dimostrarlo. L'O. tuttavia ha fatto eseguire in proposito ricerche dal suo assistente dott. Locascio, intossicando dei cani con fosforo e studiando poi il fegato sia nel periodo preitterico che nel periodo itterico e sono state potute osservare alterazioni istologiche diverse nell'un caso e nell'altro.

Ora l'O. ritiene che tali ricerche potrebbero forse contribuire ad orientare le nostre idee nel senso che le alterazioni cellulari limitate possono non dare ittero clinicamente rilevabile e che solo le alterazioni più profonde di esse, con dislocazione delle cellule epatiche, forse anche le alterazioni degli epiteli dei piccolissimi vasi biliari, determinino un disturbo nella circolazione dei piccoli capillari biliari capace di dar luogo ad un ittero clinicamente rilevabile.

Tali indagini dimostrerebbero anche quanto sia difficile separare la patologia della cellula epatica da quella dei piccoli vasi biliari e rendono ragione del perchè l'O. abbia voluto chiamare epatocolangioliti e non soltanto colangioliti alcune sindromi morbose epatiche.

G. FRONTALI e F. RASI (Padova). — Sulla base di ricerche sperimentali eseguite mediante lo scambio del plasma fra sangue normale e sangue d'individui affetti, gli OO. hanno potuto dimostrare in casi d'ittero emolitico con resistenze globulari aumentate un fattore patogenetico che non hanno potuto riscontrare in casi di ittero emolitico con ridotte resistenze globulari, cioè una particolare influenza favorente nel plasma d'individui affetti sui globuli rossi normali.

A. FERRATA (Pavia). — Si sofferma a parlare sugli elementi che possono essere presi in considerazione per la diagnosi differenziale fra occlusione da calcolo o da tumore delle vie biliari.

Plaude all'intervento esplorativo sostenuto dal sen. Micheli in tali casi di diagnosi dubbia. È d'accordo con il prof. Frontali circa il comportamento dell'emoglobina in alcune forme emolitiche. Dal punto di vista pratico ricorda come mentre le trasfusioni di sangue siano ben sopportate nella grande maggioranza dei casi di anemia emolitica, molte volte invece sono seguite da rapida e intensa distruzione di sangue.

Risposte dei Relatori.

G. DOMINICI. — Ringrazia innanzi tutto della benevola accoglienza colla quale i Maestri illustri e i chiari Colleghi hanno accolto la sua relazione e si compiace che la discussione abbia essenzialmente messo in maggior rilievo constatazioni su cui si è insistito nella relazione stessa.

Il prof. Schiassi riattaccandosi ad un passo della relazione in cui vien detto che il meccanismo genetico dell'accumularsi in circolo di pigmento libero « extraepatico » potrebbe essere esclusivamente epatico ha riferito il suo reperto di una iperbilirubinemia a R. I. senza contemporaneo aumento del ricambio emoglobinico. Conferma che tale possibilità è tutt'altro che eccezionale e trova il riscontro in osservazioni nostre: ciò prova una volta di più che il concetto e la denominazione di « ittero preepatico » sotto il punto di vista anatomico e cronologico restano più aderenti alla realtà dei fatti.

Al prof. Meldolesi dice che nella definizione del fenomeno ittero a bella posta ha voluto tener presente la possibile evenienza, finora però non sicuramente dimostrata, che il pigmento biliare provenga pure dalla mioematina (come già aveva pensato BINGOLD) dal citocromo (come ha espresso MORAWITZ) gli interessanti studi di MELDOLESI rendono l'ipotesi assai probabile.

Il prof. Sabatini ha ricordato la grande frequenza con cui il fegato viene compromesso nelle malattie infettive più varie, anche in quelle a quadro clinico mite, e questo concorda perfettamente colle osservazioni nostre numerose e ripetute, le quali hanno dimostrato la facilità con cui all'esame fisico e funzionale il fegato si rivela interessato nelle dette circostanze e la frequenza con cui, nelle stesse, si manifesta l'urobilinuria, che, quando sia esclusa un'iperdistruzione di sangue, costituisce pur sempre il segno più fine e precoce della lesione cellulare epatica. Il prof. SABATINI pur approvando il concetto racchiuso nell'espressione di ittero preepatico — con cui il R. ha inteso riunire tutte le condizioni itteriche caratterizzate dall'accumularsi in circolo di bilirubina a reazione indiretta — preferirebbe un altro termine. Riconosce il diritto della nomenclatura alla più assoluta esattezza, ma, come ha scritto, crede che l'espressione usata risponda meglio.

Il prof. Maugeri ha ricordato la derivazione della bilirubina dalla porfirina. Ciò è ammesso da alcuni, e, a cominciare da Fischer, si ritiene che, rompendosi l'anello porfirico dell'emina in corrispondenza del ponte metinico, ne origini la bilirubina. Se però in questo processo si arrivi alla formazione di porfirine non si può dire, e anzi, in opposizione a Schreus e Carrié, si può escludere, non avendo mai riscontrato, a differenza dei citati autori, che aumentassero le porfirine del sangue e delle orine nei processi decorrenti con iperemolisi; nè in casi di porfiria con enorme eliminazione di porfirine si è potuto constatare un aumento della bilirubina del siero di sangue.

Col prof. Maugeri poi concorda perfettamente circa la genesi dell'ittero nella polmonite e, in tesi generale, circa la origine epiteliale e non solo reticolo-endoteliale, del pigmento biliare.

Il prof. D'AMATO ha richiamato l'attenzione sulla difficoltà di separare la lesione delle fini vie biliari dalla lesione circoscritta al tessuto proprio del fegato. È questa una osservazione che risponde ad una realtà pratica effettiva, ma l'O. pensa che l'analisi accurata della sintomatologia, unitamente all'impiego dei vari accorgimenti di indagine, possa riuscire nei più dei casi ad un esatto orientamento.

A. ALLODI. — Il R. non avendo avuto obbiezioni alla sua Relazione, ringrazia i Maestri ed i Colleghi della accoglienza e delle cortesi parole rivolte alla sua Relazione.

F. MICHELI. — Quanto hanno detto nelle loro repliche i correlatori, prof. DOMINICI e ALLODI, rende assai più semplice e più breve il compito dell'O.

Al prof. Schiassi fa osservare che il reperto riscontrato in alcuni casi d'anemia ipocromica splenomegalica di un certo grado di bilirubinemia a R. I. con ricambio emoglobinico normale potrebbe parlare realmente per un disturbo della capacità di eliminazione della bilirubina extraepatocellulare (bilirubina I di Aschoff) da parte delle cellule epatiche.

L'apprezzare se il ricambio emoglobinico è normale o meno è in realtà cosa assai difficile se non si prolunga il dosaggio della bilina fecale per una lunga serie di giorni.

Comunque, è un fatto che fra ittero e rispettivamente valore bilirubinico da un lato e ricambio emoglobinico dall'altro i rapporti negli itteri emolitici sono tutt'altro che costanti.

Si può avere bilirubinemia anche molto più elevata che nei casi di Schiassi (in un nostro caso l'ittero era manifesto e la bilirubinemia oltrepassava i 25 mgr. %) con scarsa distruzione globulare.

Il prof. Pietra nella Clinica ha illustrato già da alcuni anni le forme così dette itteriche dell'ittero emolitico, con discreto grado di bilirubinemia, iperglobulia e ricambio emoglobinico in limiti normali o vicini alla norma. Sono questi casi appunto che giustificano il nome di preepatico o extraepatico o forse, meglio, extraepatocellulare assegnato da Dominici agli itteri emolitici, perchè in realtà in alcuni casi l'accumulo nel sangue e nei tessuti della bilirubina I non è il prodotto di una iperemolisi, ma di un difetto di eliminazione del fegato.

I dati assai interesanti riferiti testè dal prof. Meldolesi sulle alterazioni della funzione pancreatica nell'ittero catarrale confermano e sono confermati a loro volta da quelli illustrati da Allodi. Queste alterazioni significano che il processo morboso dell'ittero catarrale investe in via transitoria anche il pancreas.

I reperti di Allodi, d'altra parte, circa le alterazioni riscontrate mercè il sondaggio duodenale a carico delle vie biliari e della colecisti significano con ogni probabilità che all'edema infiammatorio del fegato partecipano anche le vie biliari e la colecisti, la quale del resto spesso diventa dolente.

Il prof. Sabatini ha fatto alcuni interessanti rilievi che concordano, e ne è lieto, con quelli esposti dai valorosi collaboratori e dal R. Egli però ha anche detto che l'ittero epato-colangitico non gli sembra molto ben delimitato. L'ha detto anche il R. I confini tra l'ittero epatocellulare e quello epatocolangitico sono tutt'altro che netti. Ma ha già avuto occasione di spiegare che è per ragioni essenzialmente cliniche che si è mantenuto questo ultimo gruppo.

Sotto l'aspetto clinico, la distinzione è giustificata dalla entità e dalla durata della febbre, che accompagna questi itteri, dallo scarso rilievo, in confronto degli itteri epatocellulari, dei fenomeni di sofferenza funzionale del fegato, per lo meno durante le prime fasi, dalla frequente concomitanza di colecistiti calcolose o no.

Gli Autori Francesi, G. Albot, Harvier e Caroli, ecc., designano gli itteri di origine non meccanica che si accompagnano a processi di colecistite « itteri satelliti » o « epatiti satelliti » e, sulla base sopratutto del reperto istologico di più o meno profonde alterazioni cellulari rilevate su frammenti di fegato prelevato durante l'operazione, li attribuiscono a queste alterazioni cellulari.

Non si discute che l'ittero possa essere il prodotto di lesioni cellulari e basta pensare per ammetterlo senz'altro che sono le stesse cellule epatiche che costituiscono le pareti dei capillari biliari.

Ma non v'è sempre rapporto fra lesioni cellulari e ittero e le ricerche testè riferite dal collega D'Amato, che ha fatto studiare sperimentalmente il problema nella sua Clinica, lo dimostrano.

L'ittero d'origine infettiva o tossica può essere ed è spesso secondo le ricerche della Scuola di Ohno (Oka, Hiyeda) e anche di Aschoff, confermate ora da D'Amato, il risultato della lesione dei così detti precapillari biliari, che collegano i capillari biliari ai sottili dotti biliari interlobulari. Questo tratto ampolliforme delle sottili vie biliari, che Aschoff ha chiamato il tallone di Achille delle vie biliari, è leso spesso precocemente e la lesione di questi precapillari con trasudazione di bile attraverso le loro pareti costituisce, nell'avvelenamento ad esempio da toluilendiamina, nell'ittero spirochetico (Ohno, Oka, Hiyeda, Aschoff), nelle malattie settico-infettive (Aschoff), il momento patogenetico primo, in ordine di tempo, dell'ittero.

Poco importa se l'infezione arrivi a questi precapillari per via biliare ascendente o discendente (ematogena), ma il fatto è che l'interessamento delle vie biliari non deve essere del tutto trascurato per valorizzare eccessivamente la lesione della cellula epatica.

Del resto, il R. ha i suoi dubbi che l'ittero non meccanico della colecisti sia puramente un ittero satellite, quando noi vediamo così spesso nella Clinica che questi itteri scompaiono con la asportazione della colecisti e col drenaggio delle vie biliari.

Il prof. Landolfi ha riferito un caso assai interessante di ittero intermittente da ascaridi. L'O. ha accennato nella sua relazione a questi rari casi.

Il collega prof. Gamna ha parlato dell'importanza del dato da lui messo in rilievo dalla macrocitosi nelle affezioni parenchimatose del fegato, specie in quelle acute. È un dato interessante, che potremo aggiungere alle prove meglio accreditate di indagine della capacità funzionale del fegato.

Il prof. Ferrata infine ha citato alcuni casi di alto interesse, i quali dimostrano come, malgrado tutto, la diagnosi di natura di alcuni itteri da ostruzione, possa essere difficile e come tutti possano sbagliare. Il R. è perfettamente d'accordo sulla opportunità d'intervenire precocemente sugli itteri meccanici.

Non ha che da associarsi a quanto, in un altro campo, il collega Ferrata ha detto sull'esistenza di casi di ittero emolitico costituzionale che rispondono alle trasfusioni di sangue fatte con ogni regola con una rapida e intensa distruzione di sangue. Il fenomeno è oscuro, come sono oscure nella loro genesi le crisi emolitiche che si stabiliscono non di rado nel corso dell'affezione all'infuori di ogni momento causale apprezzabile. E non crede che la questione possa risolversi con ricerche in vitro.

Con ciò crede di aver risposto ai colleghi che hanno preso parte così benevolmente alla discussione della sua relazione.

(*Continua*). A. Pozzi.

XLII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(*Continuazione; v. num. 47*).

(Ore 9 - 24 ottobre).

Presiede il prof. Angeletti.

Comunicazioni inerenti al tema.

Della Mano N. (Milano). — *Risultato a distanza di una embolectomia della arteria femorale.* — L'O. richiamandosi alla discussione avvenuta presso la Società di Chirurgia lombarda allora quando il 15 marzo u. s. egli presentò un ammalato da lui operato d'embolectomia dell'arteria femorale sinistra, ne riferisce i risultati a distanza, che sono i più lusinghieri, ed in particolar modo richiama l'attenzione sull'esame arteriografico. Difatti l'arteriografia della coscia sinistra pone in evidenza una rete arteriosa normale; soltanto in corrispondenza della zona in cui è stata eseguita l'arteriografia si notano alcune irregolarità della parete vasale ed una leggerissima riduzione del lume.

L'O. insiste su alcune particolarità di tecnica nell'intervento chirurgico e conclude affermando:

a) l'intervento deve essere eseguito il più precocemente possibile e si deve considerare l'embolia dei vasi periferici forma morbosa che richiede l'intervento chirurgico con i caratteri dell'assoluta urgenza;

b) l'embolectomia è l'operazione ideale ed è sempre utile eseguita, purchè sia possibile, poichè può dare la più completa e perfetta guarigione;

c) l'arteriectomia deve essere eseguita soltanto allora quando l'embolectomia dà esito negativo, cioè si ha il rapido riformarsi dell'ostruzione vasale, generalmente provocata dalle alterazioni anatomiche delle pareti del vaso trombizzato.

Stoccada F. (Suzzara). — *Trombosi post-traumatica dell'arteria poplitea sinistra.* — Un giovane di anni 27 nell'ottobre 1924 cadendo da una motocicletta riportò frattura bicondiloidea della tibia e lussazione posteriore della testa del perone. L'O. dimostra con radiogrammi del ginocchio traumatizzato e arteriografie sul cadavere che la trombosi dell'arteria poplitea non è avvenuta per contusione da urto diretto dei frammenti della tibia sulla parete arteriosa, ma per rottura dell'arteria tibiale anteriore in seguito a brusco spostamento indietro della testa del perone. Espone le ragioni della mancata formazione del circolo collaterale e della conseguente cancrena. Ad ovviare queste complicazioni, nel caso la vena poplitea sia pervia accenna al tentativo di una anastomosi tra arteria ipogastrica e vena iliaca esterna, operazione questa proposta ed attuata per primo dall'Antonucci.

Manca C. (Torino). — *Sulla maggiore frequenza della trombosi nell'arto inferiore sinistro.* — L'O. illustra alcuni rapporti anatomici tra arteria e vene del piccolo bacino le quali variano a seconda della posizione del corpo. Questi rapporti spiegherebbero la maggiore prevalenza delle trombosi nell'arto inferiore sinistro.

Austoni B. (Milano). — *Studi sulle variazioni post-operatorie del sangue. Velocità di precipitazione dei globuli rossi e fibrinogeno del plasma.* — Ha notato un aumento del fibrinogeno fino alla settima giornata e un aumento costante parallelo della velocità di precipitazione. Nell'insorgenza di un processo trombo flebitico ha notato un aumento del tasso del fibrinogeno.

Mingazzini I. (Milano). — *Colloidi plasmatici-viscosimetri; tempo di coagulazione.* — L'O. ha studiato le variazioni post-operatorie dei colloidi plasmatici, osservando l'indice di rifrazione del plasma e del siero, la viscosità del sangue e del siero, il tempo di coagulazione del sangue.

Ha eseguito queste ricerche in un gruppo di pazienti con decorso post-operatorio normale ed in tre casi di trombosi post-operatoria.

Ha trovato modificazioni post-operatorie qualitativamente simili a quelle che possono precedere la comparsa del fenomeno trombosi.

Conferma quindi l'importanza delle variazioni dei colloidi plasmatici nella patogenesi della trombosi post-operatoria.

Pierangeli L. (Milano). — *Studi sulle variazioni morfologiche post-operatorie del sangue.* — L'O. riferisce su esperienze eseguite in malati (37) sottoposti all'intervento in relazione a eventuali modificazioni del numero nei globuli rossi, globuli bianchi, piastrine dell'indice colorimetrico di saturazione e volumetrico; è stato esaminato il rapporto plasma-globuli e il volume diametro metrico dei globuli rossi e la resistenza globulare seguendo le variazioni della formula leucocitaria del tempo di emorragia e di coagulazione.

Le variazioni riguardanti il numero delle piastrine dei globuli rossi e bianchi sono concordanti con i risultati ottenuti dagli stessi AA. La resistenza globulare ha dimostrato in genere una diminuzione nei primi giorni dopo l'intervento.

E non sono state osservate relazioni fra il tempo di sanguinamento e coagulazione con il numero delle piastrine.

Mucchi L. (Milano). — *Ricerche radiologiche sulla circolazione venosa.* — L'O. presenta una nota preventiva nello studio radiologico del circolo venoso periferico con particolare riguardo alle eventuali modificazioni legate ad interventi chirurgici.

Per tale studio si è servito della tecnica indicata dal Frimann Darl iniettando un mezzo di contrasto (Perabrodil) nella vena scafena, al di sotto del ginocchio e cronometrando il tempo che un tratto definito di tale vaso impiega a svuotarsi completamente.

Oltre alla constatazione di un allungamento del tempo di svuotamento e quindi di un reclutamento del circolo venoso nei giorni consecutivi a interventi operatori, l'O. ha potuto osservare come spesso esistono stasi venose segmentarie non legate ad alterazioni evidenti dell'apparato cardiovascolare.

Ha rilevato inoltre con una certa frequenza il deflusso centrifugo invece che centripeto nella vena femorale del mezzo di contrasto iniettato nella vena scafena esterna.

Altra osservazione interessante e che potrebbe modificare la teoria nell'eziopatogenesi delle varici è che le dilatazioni varicose, contrastate con il Perabrodil, si arrestano nettamente all'altezza delle valvole venose, fatto inispiegabile se le va-

rici fossero dovute principalmente a una insufficienza di tali valvole.

L'O. proietta numerose radiografie a dimostrazione di quanto ha detto.

Preto E. (Milano). — *Sulle complicazioni trombo-emboliche nella R. Clinica Chirurgica di Milano dal* 1932 *al* 1935. — L'O. tratta delle complicazioni tromboflebitiche post-operatorie osservate nella R. Clinica Chirurgica di Milano dal 1933 in poi.

Sono 5730 casi osservati tra i quali 3514 operati. Gli altri sono fratture. Numero delle complicanze 21, pari al 0,59 per cento, casi mortali per embolia polmonare: tre.

Prevalenza negli interventi addominali in particolare nelle appendicectomie (specie nelle appendiciti acute).

Quasi tutti i casi osservati presentavano complicanze settiche della ferita o fattori predisponenti a carico dei pazienti.

L'O. crede rara l'eventualità di complicanze tromboflebitiche senza cause intrinseche legate al singolo malato.

Considera la sepsi e le alterazioni fraesistenti a carico della circolazione sanguigna come fattori principali di tali complicazioni.

Vaccari L. (Modena). — *Tromboflebite degli arti superiori detta « da sforzo »*. — L'O. riferisce di un caso di trombosi venosa traumatica della vena ascellare destra.

ore 15 - 24 ottobre 1935.

Presiede il Prof. Angeletti.

Discussione della Relazione.

Naegeli I. (Bonn). — Insiste sulla importanza del fattore circolazione nella genesi della trombosi, questo gli sembra confermato dalla localizzazione della trombosi nell'arto inferiore, alla frequenza dopo operazioni sull'addome, sul grande numero di portatori di malattie dell'apparato circolatorio e sugli esperimenti di Freemann. Nella profilassi è importante di sostenere il cuore, di far fare movimenti con le gambe e di non lasciare a lungo i malati immobili nel letto. Ha fatto una volta l'operazione di Trendelenburg ma troppo tardi e l'ammalato è morto. Una volta non ha eseguito l'operazione perchè credeva fosse troppo tardi e l'ammalato è guarito. Dice che è molto difficile di porre una indicazione esatta. Proietta una pellicola cinematografica che dimostra il decorso di un embolo sperimentale.

Chiasserini A. (Roma). — Fa notare che le conclusioni a cui è pervenuto Ragnotti nella sua relazione concordano con quelle espresse da lui nella sua relazione a Varsavia nel 1929.

Ricorda la netta distinzione fra le comuni trombosi clinicamente manifeste e quelle occulte emboligene.

Crede che le alterazioni cardiache nei casi di embolia polmonare non siano frequentissime. Il dolore improvviso accusato nelle embolie periferiche va forse riferito alla improvvisa ischemia piuttosto che allo spasmo vascolare.

È favorevole alla arteriografia, in casi speciali come mezzo di localizzazione degli emboli.

L'embolectomia è l'operazione di scelta ma per le più piccole arterie è forse più pratica l'allacciatura o la resezione arteriosa.

Riferisce la propria statistica di tromboflebiti. Dieci casi su 3818 operazioni eseguite dal gennaio 1932 al settembre 1935.

Nella cura ha trovato giovamento nelle iniezioni di cloruro di calcio.

Nello stesso tempo furono osservate 4 embolie polmonari.

Pototschnig G. (Vicenza). — A proposito della profilassi delle tromboembolie, ricorda il valore della prova di Kaufmann, che — secondo le sue esperienze su molte centinaia di operandi — consente un giudizio sulla resistenza del miocardio e dà un indice per la durata ed intensità della cura preparatoria con la digitale e col glucosio. A scopo profilattico contro le trombosi degli arti inferiori fa largo uso delle fasciature con la colla di zinco, che gli hanno dato altresì buona prova nella terapia delle trombosi già in atto.

Fasiani G. M. (Padova). — Riferisce di embolie gassose riscontrate in operai addetti ai cassoni, operai che lavorano per un periodo di 6-7 ore in una pressione di due atmosfere.

In due casi ha notato una grave alterazione della testa del femore rappresentata da necrosi parziale e in rapporto a embolie gassose.

Bobbio L. (Torino). — Premesso il più vivo elogio ai proff. Ragnotti e Valdoni per le loro belle e chiare e interessanti relazioni tanto più pregevoli in quanto si tratta di argomenti complessi ancora molto discussi e che hanno ancora tanti punti oscuri difficilmente illuminabili, l'O. desidera fermarsi particolarmente su un punto già accennato dal Ragnotti e che gli pare meriti una particolare considerazione. Vuole cioè affermare l'importanza clinica della cosidetta tromboflebite latente o nascosta che colpisce i plessi venosi del piccolo bacino e che è frequentemente emboligena. Concorda col prof. Chiasserini nell'affermare che non ha mai osservato emboli dopo le tromboflebiti massive degli arti, forse anche perchè essendo subito riconosciute si sottopongono presto alle cure del caso.

Le tromboflebiti cosidette latenti hanno invece dei segni funzionali e oggettivi che bastano a diagnosticarle o per lo meno sospettarle: ciò che è assai utile di fare nella pratica mettendo il chirurgo sull'allarme e obbligandolo a mettere in azione tutti i mezzi profilattici dell'embolia. Tali segni hanno speciale importanza in quanto generalmente si notano dopo la prima settimana dall'intervento.

Segni funzionali: 1) disuria e impossibilità a svuotare la vescica; 2) tenesmo vescicale e rettale; 3) dolori vaghi nel piccolo bacino senza localizzazione sicura.

Segni oggettivi: 1) dolori localizzati alla pressione, sopratutto sopra il pube, e all'esplorazione vaginale nei fornici e specie in quello posteriore. La dolorabilità soprapubica provocata è a mio giudizio un sintomo precoce; 2) edemi localizzati alla vulva e nei fornici che si presentano oltre che dolenti, succosi e ispessiti; 3) talora (come in un caso recente da me osservato) infiltrazione dolorosa perirettale; 4) febbre modica continua che

poi scompare spontaneamente, se non avvengono altre complicazioni.

Tali segni sono sempre presenti in gradi più o meno evidenti. Facile escludere fatti flogistici peri- o parametritici e così pure la cellulite pelvica e che è segno una forma settica con febbre alta e con stato generale compromesso mentre nelle tromboflebiti pelviche esso non è affatto alterato, almeno nella grande maggioranza dei casi.

Ripete tali complicazioni che devono sempre essere diagnosticate o sospettate si osservano specialmente nelle operazioni ginecologiche addominale e particolarmente nelle isterectomie subtotali anche le più semplici dal lato operativo e le più liscie nel primo decorso post-operatorio.

SOLIERI S. (Forlì). — Riafferma la importanza della malattia influenzale nella determinazione delle trombo-embolie ed in ispecie la importanza della influenza estiva. Si dichiara ancora favorevole alla irudinizzazione in via profilattica e curativa. Chiede al relatore se abbia nelle sue ricerche bibliografiche trovato casi di tromboembolia in soggetti splenectomizzati per anemia trombopenica. Questo ritiene possa assumere una importanza notevole riguardo alla etio-patogenesi per ciò che si riferisce alla modificazione numerica delle piastrine.

MARAGLIANO D. (Genova). — In accordo con il Relatore crede che l'uso di sostanze destinate a diminuire una supposta ipercoagulabilità del sangue circolante, non abbia dato finora risultati. Con esperienze eseguite egli è giunto alla conclusione che iniezioni endovenose d'irudina non hanno diminuito il tempo di coagulabilità del sangue nei conigli e nelle cavie finchè le dosi raggiunte non sono state così alte da determinare la morte od uno stato gravissimo dell'animale.

Del resto a tali risultati sono arrivati anche altri autori.

L'azione dell'irudina si esplica solo localmente.

MAGGIO P. (Napoli). — Dietro consiglio del prof. Torraca l'O. ha eseguito delle ricerche sperimentali per controllare le esperienze dell'Havlicek. A questo scopo ha praticato una prima serie di esperimenti per stabilire l'esistenza di un reale potere coagulante del sangue portale.

Si può concludere che:

1) Il contatto col sangue portale determina la immediata coagulazione del sangue contenuto nella vena femorale del cane.

2) La rapidità di coagulazione è massima se il sangue portale è prelevato durante la digestione, diminuisce col digiuno. Anche dopo 5 giorni di dieta idrica, però, si nota, sebbene diminuito il potere coagulante in questione.

3) Il potere coagulante del sangue portale si fa sentire anche nell'animale irudinizzato, sebbene con un netto ritardo.

CAPPELLI L. (Ancona). — Fa rilevare che nei primordi della sua carriera, gli embolismi della polmonare e le trombosi erano più frequenti: attribuisce il fatto al miglioramento della tecnica, alla accurata asepsi, alla rigorosa emostasi e alle manovre operative possibilmente meno traumatizzanti.

Il maggior numero di embolismi e di trombosi ha riscontrato nelle isterectomie addominali e non in quelle vaginali, dove non ha mai osservato tali complicazioni.

Ritiene che gli embolismi polmonari (piccoli embolismi) siano molto frequenti a differenza dell'embolismo massivo della polmonare. Ha pure osservato che l'embolismo insorge ben raramente in una conseguenza della trombosi conclamata. Riferisce su quei segni premonitori che si possono riscontrare come elevazione termica, dolore alla pressione del polpaccio, ecc.

TURCO A. (Casalmonferrato). — Accenna alla frequenza delle polmoniti post-operatorie durante il periodo estivo. Pensando che certe teorie vogliono vedere in emboli la causa della polmonite non spiega bene il rapporto con la stagione e chiede se altri hanno la stessa esperienza.

(Continua). P. VALDONI.

XXVI Congresso della Società Italiana di Ortopedia

Bologna, 21-22 ottobre 1935 - XIII.

Il 26° Congresso della Società Italiana di Ortopedia si è tenuto nell'Istituto Ortopedico Rizzoli sotto la presidenza del prof. PUTTI, con notevolissimo concorso dei cultori della specialità di tutta Italia.

Il 1° tema di relazione: « Traumi e paralisi ostetriche della spalla » è stato svolto da FALDINI (Parma). Egli ricorda come la « paralisi del braccio dei neonati », individuata a quanto sembra la prima volta dallo Smellie nel 1746, non ha una etiopatogenesi univoca: volta a volta sono in causa lesioni del plesso brachiale, dell'articolazione della spalla e dei suoi componenti articolari. In tutti i casi il quadro clinico nelle prime settimane di vita è uniforme e una diagnosi è praticamente impossibile.

Le lesioni del plesso in rapporto a estensione e localizzazione delle lesioni, ma anche alle numerose variazioni anatomiche, presentano forme cliniche assai varie; nel tipo più frequente a osservarsi, che si avvicina, ma per lo più non corrisponde, al paradigma classico della sindrome di Erb-Duchenne, sono inattivi alcuni muscoli innervati da C5 e C6.

I traumi ostetrici, in numero certo assai maggiore di quanto non dicano le statistiche, consistono in contusioni, distorsioni della spalla, fratture della clavicola, distacchi condro-epifisari dell'omero. La presenza di nubecole di callo calcificato, rilevate non prima del 12°-15° giorno di vita, è segno inequivocabile di un grave trauma ostetrico della spalla.

Vi sono poi sicuramente delle forme miste di lesione del plesso e di trauma ostetrico.

Nelle paralisi è assai frequente una notevole regressione dei fenomeni di deficit, massime nei primi 6 mesi: il quadro clinico si rende allora più chiaro e la diagnosi non presenta più difficoltà in presenza di un attento esame funzionale ed elettrico. A un anno il deficit residuo si può considerare permanente. Il radiogramma mostra soltanto fatti di atrofia e di ipoplasia a carico dei componenti articolari.

Nei traumi ostetrici il decorso clinico è caratterizzato da un progressivo miglioramento delle condizioni funzionali finchè a un attento esame non residua alcun segno di deficit motorio, l'impotenza essendo manifestamente legata ad un atteggiamento vizioso della spalla in adduzione e rotazione interna. L'indagine radiografica, specialmente se eseguita in proiezione cranio-caudale, mette in evidenza uno spostamento laterale del nucleo epifisario omerale, con netta retroversione e forte atrofia del medesimo e della glenoide: alterazioni tutte che possono essere considerate patognomoniche.

Per quel che riguarda la terapia delle paralisi il relatore si mostra scettico sull'utilità degli interventi cruenti sul plesso, che ad ogni modo dovrebbero essere assai precoci, sia per le difficoltà talora insormontabili nello stabilire l'esatta indicazione, sia per le difficoltà inerenti all'intervento stesso.

All'infuori dell'operazione gli scopi che la terapia conservativa deve proporsi sono: favorire il ripristino della funzione nervosa e impedire lo stabilirsi della deformità: ad essi corrisponde l'apparecchio gessato amovibile in abduzione (mai più di 90° !) e rotazione esterna massima, nonchè le cure elettriche.

Per quel che riguarda gli esiti delle paralisi e dei traumi ostetrici, per lo più ci troviamo in presenza di un atteggiamento viziato (adduzione, rotazione interna e pronazione) che si potrà correggere o con l'osteotomia alta per derotare o con la sezione di muscoli, tendini e della capsula. Dove il quadro è invece dominato dalla paralisi del deltoide è indicata l'artrodesi della scapolo-omerale.

Nel corso della discussione SCAGLIETTI (Bologna) ha portato l'importante contributo della scuola bolognese: per essa v'ha netta preponderanza dei traumi ostetrici; la cui diagnosi è resa chiara, col tempo, dal reperto radiografico: atrofia della glenoide, retroposizione del nucleo cefalico, come risulta chiaramente dalla proiezione ascellare.

Per gli esiti di traumi ostetrici il PUTTI ha pertanto proposto la seguente condotta terapeutica: 1° tempo: artrotomia, capsulotomia anteriore, riduzione della epifisi omerale nella glenoide ruotando il braccio fortemente all'esterno. Immobilizzazione in gesso per circa 2 mesi. 2° tempo: osteotomia subito sotto il collo chirurgico, ruotando la diafisi omerale all'interno per ricondurre la mano nei rapporti normali rispetto al tronco.

MARAGLIANO (Genova) fa notare che solo una abduzione di circa 45° consente di allontanare i punti di inserzione del sottoscapolare, responsabile della rotazione interna.

Hanno portato il loro contributo all'argomento anche: JEMMA (Napoli), GUACCERO (Bari), MOZZETTI (Venezia) ed altri.

Il 2° tema di relazione: « Le lesioni interne del ginocchio » è svolto da DELITALA (Venezia). Il relatore illustra ampiamente le lesioni dei menischi, quelle dei legamenti crociati e le fratture della spina tibiale. A proposito delle prime insiste sulle difficoltà diagnostiche nei casi in cui manchino i sintomi patognomonici. Per il passato si è certamente errato per difetto; errando per eccesso si faranno è vero delle artrotomie « in bianco » senza tuttavia recar danni. Si deve tener presente che l'errore è facile anche ad articolazione aperta: molte lesioni meniscali possono sfuggire all'occhio dell'inesperto. Le rotture parziali del menisco possono guarire; quindi è bene, nei casi esaminati precocemente, attendere l'effetto delle cure conservative (immobilizzazione per 10-20 giorni; poi calore e massaggio).

La tecnica operatoria non ha grande importanza: essenziale è vedere e poi asportare tutto il menisco rotto. L'anestesia locale è per lo più sufficente. I risultati della meniscectomia sono ottimi.

La diagnosi di lesione di uno o di entrambi i crociati (nella massima parte dei casi è interessato quello anteriore) è sempre difficile; particolarmente ardua è la differenziazione da altre lesioni interne del ginocchio, ma in questi casi si deve procedere all'artrotomia, dati i disturbi che il paz. accusa. La ricostruzione del crociato anteriore — utilizzando un cordone di fascia lata o il tendine del semitendinoso — dà buoni risultati; ma è necessario associarla alla ricostruzione accurata dei collaterali, come consiglia Putti.

La cura delle fratture della spina tibiale deve essere cruenta (rimozione o anche osteosintesi), ma se il frammento non ha subìto spostamenti la sola immobilizzazione può condurre alla consolidazione.

Le distorsioni gravi del ginocchio, le vaste lesioni capsulari, il distacco del legamento collaterale mediale richiedono quasi sempre l'intervento cruento.

Sull'argomento hanno parlato molti altri.

Seguirono più di 20 interessanti comunicazioni varie.

Nella seconda giornata del Congresso durante la seduta operatoria il prof. PUTTI ha eseguito il primo tempo del piano operatorio da lui ideato per la cura degli esiti dei traumi ostetrici e ha mostrato la tecnica del suo osteoclasta.

Nella seduta amministrativa l'assemblea ha deciso che il nome dell'Associazione sia quello di « Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia ».

Il XXVII Congresso avrà luogo a Roma nel settembre dell'anno XIV.

E. VENEZIAN.

☛ *Ricordiamo l'interessante pubblicazione:*

Prof. V. CHIRON Prof. V. LOZZI
Prof. C. MARINO-ZUCO

Docenti e aiuti rispettivamente nella R. Clinica Chirurgica e nella Clinica Ortopedica e Traumatologica della R. Università di Roma.

Compendio di Traumatologia e Ortopedia
ad uso degli studenti e dei medici

FRATTURE IN GENERALE - LUSSAZIONI - TRAUMI DELLE ARTICOLAZIONI - ESITI DI ALCUNI TRAUMI ARTICOLARI - DEFORMITÀ CONGENITE E ACQUISITE DEGLI ARTI.

Volume di oltre 300 pagine, con 267 figure nel testo. Prezzo L. **45**, più le spese postali di spedizione.
Per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **40**, in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Appendicite cronica e malattie ginecologiche.

A. De Grisogono (*Clinica Ostetrica*, settembre 1935), richiama l'attenzione sulla necessità dell'esplorazione ginecologica e sull'opportunità della laparotomia ginecologica nelle appendiciti croniche. Riporta, a dimostrazione della sua tesi, l'osservazione di una donna inviata all'ospedale come sospetta di appendicite cronica e destinata all'operazione, in cui l'esplorazione ginecologica praticata tempestivamente permise di diagnosticare importanti lesioni agli annessi di destra, confermate alla laparotomia (torsione di tuba gravida ed aborto tubarico), mentre l'appendice non presentava particolari lesioni.

Vi sono inoltre delle donne che, operate qualche tempo prima di appendicectomia per « appendicite cronica », ricorrono più tardi al ginecologo per disturbi rimasti dopo l'operazione, l'A. ritiene che in tutti i casi della così detta « appendicite cronica » sia indicata l'esplorazione bimanuale ginecologica e che sia più utile la laparotomia ginecologica trasversale bassa, che non l'incisione addominale laterale destra, perchè più adatta a facilitare l'atto operativo sull'appendice ed, altempo stesso, sul genitale interno, quando questo presenti delle lesioni. Tale incisione è consigliabile anche perchè lascia una cicatrice poco o punto visibile.

A conclusioni analoghe arriva anche J. Vanverts (*Echo méd. du Nord*, 28 luglio 1935), che riporta una diecina di osservazioni in cui i disturbi accusati per l'appendicectomia erano dovuti a un'annessite misconosciuta. Ed insiste sulla necessità di un'esplorazione degli annessi in ogni appendicectomia nella donna, specialmente quando l'organo asportato sembra sano. Per tale scopo, l'A. preferisce all'incisione di Mac Burney, che male si presta ad un prolungamento verso il basso, quella di Jalaguier, lungo il margine esterno del muscolo retto od anche l'incisione mediana, che ha il vantaggio di permettere un'esplorazione bilaterale. *fil.*

Disturbi mestruali associati con basso metabolismo basale.

S. F. Haines e R. D. Mussey (*Proceedings Mayo Clinic*, 11 agosto 1935) hanno osservato un gruppo di 74 pazienti con amenorrea, oligomenorrea o menorragia, in cui si avevano cifre basse del metabolismo basale, pur senza fatti di mixedema. Vennero trattate con dosi accuratamente regolate di tiroide disseccata. È necessario seguire le malate per impedire delle non desiderate complicazioni di tale trattamento e determinare di tanto in tanto il metabolismo basale.

Nessun altro trattamento venne fatto alle pazienti in questione; si ottennero definiti miglioramenti nel 72 % di amenorrea, nel 55 % di oligomenorrea e nel 73 % dei casi di menorragia. In complesso un numero notevole di miglioramenti che andavano di pari passo con il miglioramento delle condizioni generali e con il risalire delle cifre del metabolismo basale verso i limiti normali. *fil.*

Un caso di mestruazione mortale.

E. M. R. Frazer (*Lancet*, 9 novembre 1935), riferisce il caso di una ragazza di 25 anni, mestruata da 9 anni, di professione domestica, che non aveva mai accusato disturbi. Qualche giorno dopo iniziata l'ultima mestruazione, si sentiva stanca ed improvvisamente perdette la coscienza cadendo per terra. L'A. la trovò estremamente pallida, con polso filiforme a 110, senza dolori; imene intatto, utero piccolo non gravido. Si praticarono zaffamento vaginale, iniezioni di pituitrina, trattamento generale dello « shock ». Emoglobina al 40 %.

Perdurando le condizioni con continua perdita di sangue, viene accolta in ospedale, dove si dilata il collo uterino e si zaffa la cavità; iniezione endovenosa di soluzione fisiologica. Poche ore dopo, inquietudine, distensione delle giugulari e morte con fatti di trombosi cerebrale.

All'autopsia, utero vergine senza modificazioni patologiche e trombosi del seno laterale.

Si può ragionevolmente escludere anche una forma di malattia del sangue come causa dell'emorragia ostinata e fatale, tanto più che la paziente, salvo dei lievi segni di stanchezza, non aveva accusato alcun sintoma patologico ed aveva continuato il suo lavoro. *fil.*

Le metrorragie della menopausa.

A. Vignali (*Clinica Ostetrica*, ottobre 1935), si occupa, dal punto di vista clinico, ematologico ed anatomico, dell'intricato e discusso problema etiopatologico di questa forma morbosa, rilevando che queste emorragie costituiscono un quadro tipico che si distacca dalle altre sindromi emorragiche dovute a condizioni morbose, generali o locali; per tale ragione, le emorragie da lui studiate dovrebbero chiamarsi essenziali o semplicemente metrorragie della menopausa.

Esse stanno in rapporto con coefficienti diversi e principalmente con la rottura dell'equilibrio funzionale utero-ovarico, cagionata da modificazioni anatomiche a carico degli elementi del miometrio e della mucosa. Di grande importanza nella genesi, sono la notevole attività genesica (logoramento del viscere generatore), l'età (alterazioni del sistema cardiovascolare) e la costituzione (prevalenza nelle donne a costituzione generale e genitale esuberante). *fil.*

La medicazione emostatica nel trattamento medico delle emorragie genitali femminili.

M. Turpault (*IV Congr. franc. di ginecologia* e *Rev. franç. de gynéc. et d'obst.*, giugno 1935), nel lungo rapporto, considera anzitutto i diversi metodi che possono usarsi e cioè: il trattamento generale, i rimedî emostatici, quelli opoterapici ed i metodi fisici.

Fra gli *emostatici*, considera: 1) I coagulanti, fra cui è sovrano il siero animale, da utilizzarsi come medicazioni locali in vagina, in forma di ovuli o su compresse ed eventualmente anche con un piccolo stuello introdotto nell'utero. Utili anche i rimedî del tipo del Coagulene, per bocca o per iniezione.

Può giovare il Cloruro di calcio (4 g.) con 40 di Sciroppo di oppio e 120 di Acqua distillata; un cucchiaio ogni 2 ore. Si somministra anche il Citrato di sodio (30 g.) con 10 di Cloruro di magnesio in 100 di Acqua distillata, per iniezioni endovenose (10-25 cmc.). Effetto rapido. La gelatina, oltre ai possibili accidenti infettivi (tetano) non ha l'efficacia che le si era attribuita. Sconsigliabile è il percloruro di ferro (possibilità di causticazioni); non dannosa è l'antipirina (medicazioni endouterine con la soluzione di 1/5).

2) I vaso-costrittori sono molto usati; fra essi principalmente l'ergotina e derivati (iniezioni o per bocca). Meno energico è l'Hydrastis canadensis (Estratto fluido 30 g. in Glicerina 90 g.: 3 cucchiaini nelle 24 ore; se la pozione non è tollerata, fare un clistere con un cucchiaino da caffè dell'Estratto fluido in 100 g. di acqua, con X gocce di laudano). Allo stesso modo si usa l'Hamamelis, a proposito della quale, l'A. raccomanda di non mescolarne la tintura o l'estratto con quello dell'Hydrastis perchè gli alcaloidi di questa sono precipitati dal tannino della prima.

Nelle donne con fibromi, in occasione degli attacchi flussionali, può rendere utili servigi l'Estratto fluido di Capsella bursa pastoris, alla dose di 30 g., in 3 volte al giorno.

3) Fra i vaso-dilatatori, l'A. raccomanda la stipticina, specialmente nelle sclerose che sanguinano, alla dose di 20 cg. al giorno, per iniezioni o per bocca. Il Viburnum prunifolium si associa all'Hydrastis od all'Hamamelis (Tintura od Estratto fluido, g. 0,50-3 per giorno). *fil.*

SEMEIOTICA

Il dolore addominale come sintoma di malattie cerebrali.

Di solito, il dolore addominale non viene associato a malattie del cervello, il che non toglie che in alcuni casi esso riconosca tale origine.

I. S. Wechsler (*Journ. amer. med. assoc.*, 31 agosto 1935), riferisce su 14 casi del genere: un ragazzo con il quadro clinico di appendicite acuta, al quale venne asportata l'appendice del tutto normale; egli aveva invece un ascesso frontale epidurale e guarì in seguito alla sua evacuazione. Una ragazza con tumore intrapontino estendentesi al cervello medio e forse alla regione ipotalamica, in cui il primo sintoma fu la ritenzione urinaria che richiese la cateterizzazione e con dolori addominali anche non in rapporto con la distensione vescicale. Un giovane che, per anni, accusava ogni tanto degli accessi di dolori addominali; poichè gli esami erano negativi, lo si giudicò psiconeurotico; morì poi per tumore cerebellare, che aveva invaso il quarto ventricolo. E così via.

È probabile che un'attenta osservazione dimostri che tale sintoma è più frequente di quanto si crede; oltre che nei tumori cerebrali, esso può osservarsi negli stati convulsivi, nell'emicrania, nell'encefalite, nell'isterismo. Sembra che la sorgente del dolore addominale sia da ricercasi specialmente nella regione cortico-frontale, nell'area premotoria, in cui vi sarebbero delle rappresentazioni viscerali autonomiche. Ma anche la regione ipotalmica e quella del vago può avervi influenza e forse la corteccia agisce per l'intermedio dei centri inferiori. Comunque, il sistema non ha valore di localizzazione. *fil.*

VARIA

Che cosa vedono i ciechi.

Al recente Congresso internazionale di ottica tenutosi ad Oxford, C. S. Flick ha fatto una comunicazione sull'impressione mentale che produce sui ciechi il mondo circostante, impressione che non è quella della completa oscurità. Fra gli altri, Sir Jan Froser, membro del Parlamento e cieco di guerra, ha confermato che il suo orizzonte non è nero, ma di un colore rossastro caldo e gradevole, non senza un certo irraggiamento. Un altro ha detto che il suo fondo è piuttosto grigiastro, mentre altri hanno sensazioni diverse (blu scuro, blu acciaio o gridellino (secondo la direzione verso cui volgono gli occhi. (*Manchester Guardian*). *fil.*

FORMULARIO.

Nei dolori delle annessiti gonococciche.

H. Kahn (*Konservative Therapie d. Frauenkrankh.*) consiglia:

1) Estratto di belladonna cg. 2
Cloridrato di papaverina cg. 3
Burro di cacao g. 2
M. f. suppositorio
S. 1-2 al giorno.

2) Estratto di belladonna
Cloridrato di codeina ana cg. 2
Burro di cacao g. 2
M. f. suppositorio
S. 1-2 al giorno.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine di mobilitazione.

« Le Forze Sanitarie » pubblicano, nel n. 29, un appello del Segretario nazionale del Sindacato fascista dei medici, on. Morelli, ai medici italiani, in merito alle sanzioni e alla difesa contro di esse.

Ne riportiamo larga parte.

Ben vengano le sanzioni, poichè alcuni mesi di esse serviranno a costruire, temprandolo, l'animo degli italiani.

Le sanzioni non basteranno a fiaccare l'Italia.

Noi medici dobbiamo iniziare subito la battaglia nel settore dei medicinali, degli apparecchi sanitari, degli alimenti.

L'ignoranza delle nostre possibilità, grave una volta, sarebbe delittuosa oggi.

Occorre che il medico sappia come le così dette specialità estere sono quasi sempre formule che egli può comporre da sè, evitando così una maggiore spesa per un oggetto che è da considerar di lusso. Torni il medico alla vecchia farmacopea che gli permetterà di aver coscienza di ciò che prescrive, mentre darà agio ai farmicisti di uscire dall'invadente e poco dignitoso droghierismo, e al pubblico di risparmiare.

I farmacisti e i chimici sono con noi nella buona battaglia. Ci uniremo per concretare un efficace piano d'azione. È nostra intenzione iniziare nei prossimi numeri di « Le Forze Sanitarie » la pubblicazione dei medicamenti dei paesi sanzionisti, col corrispondente medicamento italiano di pari o superiore valore. Il proclama del Sindacato Nazionale dei Farmacisti e la nobile lettera del Segretario Nazionale dei Farmacisti e dei Chimici, ce ne dànno affidamento.

Dobbiamo controbattere il reclamismo estero.

L'Italia importa dai paesi sanzionisti, e sovrattutto dalla Francia, dall'Inghilterra, una ingente quantità di medicinali vari (sintetici, specialità, prodotti biologici, apparecchi sanitari, ferri chirurgici ecc.).

Per avere una pallida idea dell'esodo del nostro denaro all'estero e del danno conseguente per la nostra economia nazionale, soltanto per acquisto di medicinali, basta tener presente che dal 1931 a tutto il 1934 si è notato un aumento progressivo di spesa (cioè da L. 50.616.735 nel 1931 a L. 65.602.998 nel 1934) e che nel primo semestre di questo anno si è avuto già un esodo di L. 45.146.272.

Se si guarda l'esportazione italiana della stessa merce nei riguardi della bilancia commerciale, si nota negli stessi anni, non soltanto una sperequazione assoluta, ma una diminuzione progressiva da L. 25.720.644 nel 1931 a L. 22.255.516 nel 1934 con L. 12.679.203 nel primo semestre di quest'anno. Quest'ultimo fatto costituisce una specie di sanzione economica preventiva al cui incremento noi abbiamo certamente contribuito.

Se è dovere del medico italiano di usare per quanto è possibile prodotto nazionale, è suo obbligo imprescindibile di non usare mai, per nessuna ragione, il medicinale dei Paesi che con le sanzioni tentano di farci piegare le ginocchia. Non temiamo le sanzioni, poichè affrontiamo lieti ogni sacrificio, ma ne sentiamo profondamente l'oltraggio.

Numerose adesioni da enti e personalità sono giunte al Sindacato; ne vengono riportate le principali.

* * *

Nel n. 30 del periodico il prof. Morelli illustra, ai medici italiani, la mostruosità delle sanzioni e l'attuazione della difesa nel settore sanitario. Ordina la sospensione dei Bollettini provinciali medici; invita tutti i periodici di medicina a ridurre ulteriormente il numero delle pagine; preannunzia l'abolizione di parecchie Riviste ed intanto sollecita le Società culturali medico-chirurgiche e le Case produttrici di medicinali e di materiale sanitario a sospendere le pubblicazioni periodiche.

Per i sanitari richiamati alle armi.

Il Consiglio dei ministri ha approvato uno schema di decreto-legge recante norme dirette a consentire, ai sanitari richiamati o trattenuti alle armi, o che abbiano contratto arruolamento volontario, di partecipare ai concorsi per i posti di sanitari condotti.

Pei sanitari collocati a riposo.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il seguente decreto: « L'Istituto nazionale fascista per l'assistenza dei dipendenti dagli enti locali è autorizzato a corrispondere la indennità premio di servizio nella misura ridotta della metà ai sanitari che siano collocati a riposo entro l'anno 1934. Ai sanitari che siano collocati a riposo entro l'anno 1935 sarà corrisposta dall'Istituto l'indennità premio di servizio nella misura di tre quarti di quella normale ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Genova-Sampierdarena. *Ospedali Civili.* — Il concorso bandito in data 21 agosto 1935, per un posto di primario chirurgo ostetrico ginecologo è revocato.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Sono sospesi, fino a nuova disposizione, i concorsi pubblici per un posto di medico primario specialista, un posto di prosettore e due posti di medico assistente nel Sanatorio Vitt. Em. III presso Garbagnate Milanese, già prorogati al 15 novembre.

Ovindoli (*Aquila*). — Questo Comune (Stazione estiva ed invernale di prim'ordine) cerca un medico per tre mesi. Molto probabilmente il servizio si prolungherà ancora di più. Scrivere subito a quel Podestà.

Medico vasta cultura generale è ricercato da importante Casa Farmaceutica per collaborazione

propaganda medica e direzione Ufficio scientifico. Scrivere E. Campanelli (Casa-Fa), Via Sistina 14, Roma.

Borse di studio.

Borsa di studio per un medico brasiliano creata dall'Istituto Rizzoli.

In seguito ad accordo intervenuto coll'Università di Rio de Janeiro, l'Istituto Rizzoli ha creato un posto di perfezionamento in Clinica ortopedica e traumatologica per un medico brasiliano. Tale posto sarà ogni anno messo a concorso dall'Università di Rio de Janeiro ed il vincitore del concorso trascorrerà un anno scolastico nell'Istituto Rizzoli.

Il primo concorso è stato vinto dal dott. Caio do Amaral.

Analoga convenzione esiste sino dal 1924 fra l'Istituto Rizzoli e l'Università di Buenos Aires, la quale ha inviato sino ad ora 7 perfezionandi.

Concorsi a premio.

Concorso Nazionale per un lavoro di Nipiologia.

Durante il Congresso di Nipiologia tenutosi a Trieste (4-7 settembre 1935-XIII) venne annunciata dal presidente prof. E. Cacace una nuova iniziativa a favore della Nipiologia: un Concorso nazionale sul tema « Concetto, sviluppo e finalità della Nipiologia ».

Il tempo durante il quale il concorso resterà aperto, le modalità di esso, l'eventuale regolamento saranno fissati dal presidente della Società Italiana di Nipiologia.

La somma di L. 1500 per il premio è offerta dal prof. Prassitele Piccinini, che pone altra uguale somma di L. 1500 a disposizione della Società Italiana di Pediatria, e che ha già accantonato le complessive L. 3000 presso il Credito Italiano.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Consiglio direttivo della Società Italiana di Radiologia Medica, desiderando onorare il prof. Francesco Paolo Sgobbo — che per raggiunti limiti d'età lascia il posto di ordinario di radiologia medica ed elettroterapia della R. Università di Napoli dopo aver tenuto l'insegnamento per 37 anni — ha deciso, nella seduta del 4 ottobre, d'iscriverlo fra i soci onorarî.

Il prof. Roberto Bompiani è incaricato dell'insegnamento di Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Palermo. (Rallegramenti al nostro valente collaboratore ed amico).

Il premio internazionale della Fondazione « Cirincione » a favore degli studi oftalmologici (lire 20.000) è stato quest'anno assegnato al dott. Raffaele Campos, per un complesso di ricerche sul « metabolismo della retina ».

Il Consiglio dell'Associazione dei Liberi Docenti di Napoli ha assegnato il primo premio annuale per la migliore pubblicazione al prof. G. Bazzicalupo, quale autore del libro « Semeiologia medica fisica e funzionale ».

L'Accademia di Chirurgia di Filadelfia ha conferito il premio quinquennale Gross al prof. O. H. Wangensteen, clinico chirurgo alla Scuola medica dell'Università del Minnesota a Minneapolis, per il suo studio: « Il problema terapeutico dell'ostruzione intestinale ».

NOTIZIE DIVERSE

Per la clinica di malattie tropicali e sub-tropicali.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Educazione Nazionale ha approvato uno schema di disegno di legge relativo all'aumento dei contributi corrisposti dai Ministeri delle Colonie e della Guerra a favore della Clinica delle malattie tropicali e sub-tropicali della R. Università di Roma.

Ricordiamo che con Regio decreto-legge 18 dicembre 1930-IX, n. 1837, fu istituito presso la R. Università di Roma un posto di ruolo per la Clinica delle malattie tropicali e subtropicali, che ha anche il compito di perfezionare in questa particolare branca della medicina, medici civili e militari, ufficiali sanitari e medici provinciali.

Le accresciute esigenze scientifiche ed assistenziali della Clinica e l'eccezionale attività ch'essa è chiamata a svolgere nelle presenti contingenze hanno reso necessario elevare, col concorso dei Ministeri delle Colonie e della Guerra, il contributo dello Stato. In tal modo la clinica delle malattie tropicali e subtropicali — unica esistente in Italia — attingerà quel maggiore sviluppo che il presente momento e la nostra espansione coloniale rendono necessari.

Poliambulanza Ospedale Civile " M. Rava ,, in Mogadiscio.

Il 28 ottobre S. E. il gen. Graziani, Governatore della Somalia, ha inaugurato in Mogadiscio la nuova sede dell'Ospedale Civile Poliambulanza « M. Rava » che verrà diretto dal prof. Carlo Tedeschi; esso viene a sostituire l'antico Ospedale Coloniale « G. de Martino », divenuto Ospedale Militare della Somalia.

Il nuovo edificio, dotato delle più moderne provvidenze sanitarie sia nel campo medico che chirurgico, con Sezione di Maternità, della potenzialità nel corpo centrale di 100 letti, servirà esclusivamente per i servizi sanitari della popolazione civile. Ad esso verrà aggregato un Reparto Indigeno a padiglioni separati di circa 300 letti.

Così il Regime ha concluso nell'Anno XIII E. F. un'opera del massimo potere civilizzatore a cui poneva la prima pietra il giorno della Vittoria dello stesso Anno XIII la Maestà del Re Vittorioso.

10° Congresso della Società Internazionale di Chirurgia.

Per il 10° Congresso della Società Internazionale di Chirurgia che dovrebbe tenersi al Cairo dal 31 dicembre al 5 gennaio, il prof. Alessandri, delegato per l'Italia, fa sapere ai colleghi membri della Società, che la decisione circa la partecipazione dei Soci Italiani al detto Congresso è negativa. Prega quindi tutti i colleghi di astenersi dal viaggio progettato.

Per le personalità che si recano all'estero in missione ufficiale.

Le personalità italiane che si rechino all'estero in missione ufficiale o con un incarico determinato sono tenute, giungendo nel Paese ove sono dirette, a fare innanzi tutto visita al Rappresentante del Regio Governo sul posto, il quale potrà agevolare il compimento della missione con utili indicazioni nei riguardi delle visite e delle prese

di contatto con le Autorità straniere in rapporto alle forme di cortesia internazionale, agli usi locali ed al carattere che la visita riveste.

La " tenda d'ossigeno ,, in Inghilterra.

Un gruppo di clinici e di primarî di Londra ha inoltrato un memorandum alla Società della Croce Rossa Britannica, perchè cooperi a diffondere l'uso della tenda d'ossigeno. La Società ha risposto interessandosi all'organizzazione di un servizio nazionale per la tenda d'ossigeno. Prima d'impegnarsi a fondo — il che importerebbe spese ingenti — ha però deciso di raccogliere un maggior numero di dati. Pertanto ha ordinato 12 serie di apparecchi, i quali verranno distribuiti ai più importanti ospedali. Questi, entro 2 mesi, riferiranno sui risultati. La tenda di tipo più moderno è adattabile al letto del malato, manovrabile con molta facilità e fornita di larghe finestre di celluloide non infiammabile, che permettono la visione e la sorveglianza del malato.

Immunizzazione antidifterica e antivaiolosa negli Stati Uniti.

A S. Francisco di California, si è iniziata nello scorso agosto una campagna prescolastica d'immunizzazione contro la difterite e il vaiolo. I prodotti vaccinanti vengono forniti gratuitamente, e gratuitamente i medici prestano la loro opera ai non abbienti. All'apertura delle scuole i bambini dovranno presentare i certificati di avvenuta vaccinazione e saranno richiamati con una circolare i genitori che avranno trascurato di provvedere all'immunizzazione dei propri figlioli.

In seguito ad una grande campagna d'immunizzazione antidifterica svoltasi a Filadelfia nel giugno scorso, si calcola che siano stati immunizzati circa 9000 bambini, e che ora una forte percentuale dei bambini della città sia immunizzata contro la malattia. La mortalità per difterite risulta sensibilmente ridotta.

Un po' dovunque.

Il 2 dicembre il prof. sen. Nicola Pende ha tenuto la prolusione al corso di patologia medica, innanzi a un denso pubblico tra cui spiccavano molte personalità; ha trattato il tema: « La medicina italica, correlazionistica ed unitaria ».

Le navi-ospedale in servizio per l'Africa Orientare sono cinque: Tevere, Urania, California, Heluan e Vienna; tre sono in allestimento: Gradisca, Cesarea e Aquileia. Sulle navi-ospedale prestano servizio infermieri di professione e dame della Croce Rossa, il cui nuovo nome è « infermiere volontarie per l'Africa Orientale ».

La Società svizzera di neurologia e la Società svizzera di psichiatria hanno tenuto un'assemblea comune a Friburgo il 9 e il 10 novembre, sotto la presidenza di Ch. Dubois (Berna) e di H. Flournoy (Ginevra); il principale tema trattato fu: « L'importanza dei perturbamenti umorali e delle avitaminosi in neurologia e in psichiatria ».

La 3ª Conferenza pan-crimeana di cultura fisica medica si è tenuta a Yalta, dal 20 al 23 settembre. Vennero trattate le applicazioni dell'attività fisica a scopi medici nella tubercolosi polmonare ed osteo-articolare, nelle affezioni ginecologiche, nelle affezioni nervose funzionali, nelle affezioni del sistema nervoso periferico, nelle affezioni dell'apparato locomotore, nei fanciulli.

Il 5° Congresso romeno di urologia si terrà dal 15 al 18 dicembre, nella Facoltà medica di Bucarest. Gli urologi stranieri saranno i benvenuti. Rivolgersi al segretario generale della Società romena di urologia, Dr. Popescu Buzeu, Putu ou Plopi 14, Bucuresti II, Romania.

Il 7° Congresso pan-russo di balneologia è indetto a Mosca dal 25 al 31 dicembre. Il Comitato organizzatore ha sede nell'Istituto balneologico centrale statale (boulevard Novinsky 9, Mosca, U. R. S. S.); si tiene a disposizione per informazioni; è presieduto dal prof. Danichevsky e ne è segretario il dott. Goldfeil.

L'Associazione americana dei medici ferroviari si è adunata a Chicago dal 13 al 15 novembre. Tra i temi discussi furono: reazioni psichiche posttraumatiche; introduzione endovenosa di liquidi nello shock; l'idrocele e suo trattamento col metodo delle iniezioni; fratture del bacino e del segmento superiore del femore; fratture dell'avambraccio; ferite addominali.

La 12ª sessione della Conferenza medica pan-indiana si terrà, sotto gli auspicî dell'Associazione Medica Indiana, dal 26 al 29 dicembre a Nagpur.

Il 1° Congresso pan-indiano di ostetricia e ginecologia è indetto dal 2 al 4 gennaio in Madras; sarà diviso in tre Sezioni: 1° Ostetricia, 2° Ginecologia, 3° Maternità e tutela dell'infanzia. Rivolgersi a: the President of the Obstetric and Gynaecological Society of Southern India, Government Hospital for Women and Children, Egmore, Madras, Indie.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 15 novembre, con la presidenza del prof. A. Bozzoli, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Sono state fatte comunicazioni da: A. Cappellari, A. Bozzoli, E. Castaldo, M. Bortolozzi, G. Burin.

La Società Tosco-Umbra di Chirurgia si è adunata il 22 novembre a Firenze, con la presidenza del prof. D. Taddei, assistito dal segretario dott. G. Cerulli. Sono state fatte comunicazioni da: O. Bartoli, G Cerulli, I. Barcaroli.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 23 novembre, con la presidenza del prof. D'Alessandro. Sono state fatte comunicazioni da: Giannotti e Timpano, I. Caldaroli.

Il presidente dell'Unione internazionale contro il cancro, Justin Godart, ha lanciato un appello perchè l'azione contro il cancro sia intensificata.

Il fascicolo VI di « Acta Medica Italica » sarà dedicato alla stomatologia in Italia; riunirà in collaborazione molti eminenti stomatologi; consterà di 200 pagine. Sarà posto in vendita al prezzo di L. 10 a totale beneficio degli orfani dei medici caduti in guerra.

Si sono fondati ad Avana gli « Archivos de Medicina Interna », con la collaborazione dei professori delle cliniche universitarie; sono diretti dai proff. Luis Ortega Bolano, Clemente Inclan Costa, Pedro A. Castillo.

Sotto gli auspici della Società Medica Venezuelana, si è avviata la pubblicazione degli « Archivos Venezolanos de Cardiologia y Hematologia », diretti dal dott. Heberto Cuenca. Sede degli uffici: Clínica Cordoba, Caracas, Venezuela.

Il Collegio Medico dell'Università di Virginia a Richmond (Stati Uniti) ha ricevuto, da un anonimo, la somma di 300 mila dollari, che verrà integrata dalla somma di circa 250.000 dollari concessa dal governo federale (fra tutto 6 milioni di lire it.), per la costruzione di un nuovo edifizio di 7 piani, destinato ad ambulatorî (pianterreno) ed a laboratorî (piani superiori: batteriologia, patologia, biochimica, sanità pubblica e medicina preventiva); è in programma la costruzione, in secondo tempo, di un ospedale clinico adiacente a questo edifizio.

Un Istituto di medicina tropicale è sorto a Lisbona. Ogni anno esso invierà una missione di studi e ricerche nelle colonie portoghesi; provvederà all'insegnamento e all'indagine scientifica.

Nelle vicinanze di Lima sorgerà un ospedale sanatoriale, destinato al trattamento delle tubercolosi aperte bacillifere; i fondi sono stati forniti da filantropi peruviani; la costruzione è diretta dal prof. Perez Aramibar, che alcuni anni or sono fece costruire un istituto di puericoltura, considerato come modello.

L'Ufficio d'igiene di Vienna, che esercita la vigilanza sulle professioni sanitarie, informa che il numero dei medici è in continuo aumento: alla fine del 1930 se ne contavano 4651 (tra cui 475 donne); alla fine del 1934 erano divenuti 4732 (tra cui 500 donne). Il numero dei dentisti (medici dentisti e odontotecnici) è pure aumentato, da 1726 a 1823. Si conta un medico ogni 380 abitanti e un dentista ogni 1000 abitanti.

La Società di Chirurgia di Buenos Aires, per solennizzare il giubileo della sua fondazione, il quale si compirà nel settembre 1936, ha bandito un concorso a un premio di 1000 pesos e diploma d'onore.

Il 19 novembre all'Università di Liegi si è tenuta una solenne seduta in memoria del fisiologo Léon Frédéricq; erano presenti il ministro dell'Istruzione Pubblica Bovesse e moltissime altre personalità.

Il Consiglio d'amministrazione dell'Opera Pia Poliambulanza Ronzoni di Milano ha consegnato al dott. Ambrogio Binda una grande medaglia d'oro, per ricordargli i 35 anni dedicati all'Istituto Durante la guerra il Binda ebbe l'altissimo onore di ospitare nella Poliambulanza e curare il bersagliere Benito Mussolini, reduce da quota 44 sul Carso, crivellato di ferite.

Una solenne manifestazione si è tenuta il 20 novembre all'Università libera di Bruxelles in onore di Bordet, cui il presidente del Consiglio consegnò un medaglione, opera di fine fattura.

Il prof. Anton von Eiselsberg, il più celebre chirurgo dell'Austria, ha compiuto 75 anni. Ha rifiutato qualsiasi onoranza in tale occasione; ha trascorso il suo compleanno tranquillamente.

All'Istituto Nazionale di Sanità di Madrid è stato solennemente commemorato Santiago Ramon y Cajal. Tenne il discorso ufficiale il prof. Pittaluga; parlò poi il sottosegretario alla sanità e beneficenza pubblica, dott. Bermejillo.

È stata inaugurata a Parma, nel palazzo universitario, una targa marmorea, cui sovrasta un bassorilievo in bronzo, raffigurante il sen. prof. Gabbi, il quale a Parma impartì per lunghi anni l'insegnamento della clinica medica.

Mentre stava operando una donna venne arrestato a Bucarest il prof. D. Gerota, ordinario nella Facoltà medica, sospettato di mene antidinastiche. In seguito ai risultati negativi di un'inchiesta è stato rimesso in libertà.

A Friburgo in Brisgovia (Germania), durante una funzione in una chiesa protestante, per il cattivo funzionamento di una stufa si è determinato l'avvelenamento di 120 persone, tra cui il pastore e molti fanciulli; una ventina di esse ha presentato sintomi gravi.

A S. Francisco di California sono rimaste avvelenate alcune centinaia di persone, in seguito all'impiego di « fermenti chimici » venduti da una drogheria e contenenti sostanze tossiche; si deplorano alcune morti. L'ufficiale sanitario, dott. Geiger, non esclude che si tratti di un tentativo criminoso, da parte di un esaltato o della malavita.

I giornali recano notizia di uno strano processo, cui è stato sottoposto a Londra il sen. Castellani da parte del Consiglio dell'Associazione Medica Britannica, per infrazione al regolamento, in quanto egli ha concesso delle interviste sulla sua attività nell'Africa Orientale. L'illustre scienziato ha dovuto incaricare due legali di rappresentarlo. L'Associazione non ha potuto insistere nell'assurda accusa.

I giornali recano notizia del rapimento di un bambino, figlio del prof. Malmejac, della Facoltà medica di Marsiglia.

Uno sciame di api è penetrato nella corsia di un ospedale a Città del Capo ed ha punto malati ed infermiere; due infermi paralizzati sono morti in seguito alle punture.

Si è spento a 64 anni il prof. Charles Andrew Fife, che sino al 1932 insegnò clinica pediatrica alla Scuola medica dell'Università di Pennsylvania a Filadelfia.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 4 novembre al 10 novembre: Morbillo 189 (937); Scarlattina 229 (685); Pertosse 66 (197); Varicella 88 (158); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 424 (817); Infezioni paratifiche 66 (95); Febbre ondulante 23 (28); Dissenteria 12 (19); Difterite e croup 349 (716); Meningite cerebro-spinale epidemica 9 (10); Poliomielite anteriore acuta 21 (30); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 6 (7); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 27 (35), dichiarata — (—); Pustola maligna 37 (38).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Nutrition, 2. — Numero sulla mucosa gastrica.

Deut. Med. Woch., 2 ag. — KÖNIG. Cause della trombosi e dell'embolia post-operatorie. — BICKEL. Caseina irradiata.

Med. Klinik, 2 ag. — P. WALZEL. Chirurgia del fegato e delle vie biliari extra-epatiche. — E. SLAWIK. Profilassi delle malattie infettive nell'infanzia.

Presse Méd., 27 lug. — A.-B. MARFAN. Su di una forma di cefalea abituale negli scolari. — E. ARM. Trattam. dell'ulcera gastr. e duoden. con l'istidina.

Cl. Med. It., lug. — G. GIAUNI. Ipoglicemie ipofisarie.

Arch. It. di Chir., giu. — G. LUCARELLI. L'ulcera extra-bulbare del duodeno. — F. MANDL. Vie e mète della chirurgia sportiva.

Pediatria, 1 ag. — G. SALVIOLI. I capillari in alcuni stati distrofici della prima infanzia. — M. ANDREUCCI. L'ipotensione essenziale nei bambini.

Minerva Med., 4 ag. — L. FERRANNINI. Emofilia sporadica. — S. DE CANDIA. Diabete giovanile ipoplastico.

Practitioner, ag. — Numero semi-monografico sulle malattie tropicali.

Münch. Med. Woch., 2 ag. — G. B. GRUBER. Costituzione e urolitiasi. — H. MAI, K. BRAGARD. Paralisi infantile.

Morgagni, 23 giu. — L. LEONARDI. La colesterina nel sangue e nell'espettorato dei tubercolotici polm.

Arch. Mal. des Reins ecc., mag. — H. CHABANIER e C. LOBO-ONELL. Glomerulo-nefriti. — D. KUHLMANN e C. DEVILLER. La secrezione di glucosio.

Cl. Chir., lug. — V. JURA. Colesterinemia pre- e postoperatoria. — T. ONARDI. Patogenesi delle cisti dermoidi.

Journ. Méd. Franç., lug. — Numero sul pnt. terapeutico.

Rif. Med., 10 ag. — L. BARGI. Azione dell'istidina sulla secrez. gastr.

Min. Med., 11 ag. — P. SISTO. Ipertensione essenziale.

Jornal dos Clinicos, 30 giu. — G. LONDRES. Eziologia della miotonia atrofica.

Deut. Med. Woch., 9 ag. — UMBER, RENHKE. Le emorragie delle ulcere gastro-intest.

"IL POLICLINICO" SEZIONE MEDICA (Mensile)

diretta dal prof. CESARE FRUGONI.

Il Numero 12 (1° Dicembre 1935) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

Adriana MUSSAFIA — **Osservazioni sulle reazioni consecutive a tonsillectomia. Modificazioni della velocità di sedimentazione.**

Giuseppe DADDI — **Bronchiectasie e tubercolosi polmonare.**

Dino MARIOTTI — **Melanoma primitivo del fegato di probabile origine simpatica.**

Armenio CASINI — **Terapia alcalina ed equilibrio acido basico nell'ulcera gastroduodenale ed in altre affezioni gastriche.**

Prezzo del Numero L. 6

Abbonamento annuo alla Sezione Medica: Italia L. 50. - Estero L. 60

Se cumulativo con la Sezione Pratica: Italia L. **100**, Estero L. **150**; se cumulativo con la Sezione Pratica e con la Sezione Chirurgica: Italia L. **125**; Estero L. **180**.

"IL POLICLINICO" SEZIONE CHIRURGICA (mensile)

diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il Numero 12 (15 Dicembre 1935) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

Antonino BONACCORSI — **Un caso di cisti multiple del mesentere a vario contenuto, simulante una peritonite circoscritta appendicitica.**

Carlo CARLI — **Sulle affezioni rare del sistema linfatico: « le linfangectasie ».**

Pietro VALDONI — **Il rene ipoplasico.**

Prezzo del Numero L. 6

Abbonamento annuo alla Sezione Chirurgica: Italia L. 50. - Estero L. 60

Se cumulativo con la Sezione Pratica Italia L. **100**, Estero L. **150**; se cumulativo con la Sezione Pratica e con la Sezione Medica: Italia Lire **125**, Estero L. **180**.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale, Succursale diciotto, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Anno XLII — Roma, 16 Dicembre 1935-XIV — Num. 50

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

Abbonamenti al " Policlinico ,, per l'anno 1936:

Singoli:

	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale).	L. 58.80	L. 100
(1-*a*) Alla sola sezione medica (mensile).	L. 50 —	L. 60
(1-*b*) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:

	Italia	Estero
(2) Alle due sezioni (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica). . .	L. 100	L. 150
(4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	L. 125	L. 180

☛ Tutti coloro che ci invieranno **SUBITO** mediante Vaglia Postale oppure con Chèque Bancario o che verseranno la somma nel nostro conto corrente Postale **N. 1/5945** valendosi del Modulo che fornisce ***Gratis*** l'Ufficio di Posta, l'**INTERO** importo del **SOLO** abbonamento per il 1936 al "**POLICLINICO**,, potranno, con l'aggiunta di sole Lire **3** al prezzo dell'abbonamento, ottenere, a scelta, **UNA** delle sei pubblicazioni qui di seguito distinte con le lettere **a); b); c); d); e); f).**

a) LA MEDICINA PREVENTIVA E LA SELEZIONE PROFESSIONALE IN RAPPORTO ALLE ASSICURAZIONI SOCIALI. (Dott. O. Bellucci). Prefazione del prof. Carlo Foà. Vol. di pagg. VIII-168. Prezzo L. 18.

b) L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI. (Prof. P. Stanganelli). Vol. di pagg. VIII-100. Prezzo L. 12.

c) LA BISMUTOTERAPIA DELLA SIFILIDE. (Dott. F. Travagli). Vol. di pagg. IV-72. Prezzo L. 12.

d) LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE *Note critiche e Osservazioni cliniche.* (Prof. E. Trenti). Vol. di pagine 92, con 38 radiografie e 22 grafiche termometriche nel testo. Prezzo L. 20.

e) TUBERCOLOSI ED ESERCITO. (Dott. F. Bocchetti). Prefazione del prof. sen. G. Sanarelli. Vol. di pagg. VIII-56. Prezzo L. 10.

f) CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE. (Prof. A. Capogrossi). Vol. di pagg. VIII-83. Prezzo L. 10.

(*) È consentito richiedere più di una delle 6 pubblicazioni, aggiungendo il rispettivo loro singolo importo semi-gratuito.

AVVERTENZA: Trascorso il 15 Gennaio 1936, non si avrà più diritto alla sumenzionata facilitazione.

☛ ☛ *SPECIALI combinazioni di abbonamento per il 1936:*

a): con **L. 100 in Italia** — si riceveranno i Numeri della Sezione PRATICA del « Policlinico » dal 1° gennaio al 31 dicembre 1936, più *una*, a scelta, delle sei sumenzionate pubblicazioni, nonchè, franco di porto:
il volume, di pagine VIII-606, con 46 figure nel testo: **" LEZIONI DI CLINICA MEDICA ,,** (Prof. Cesare Frugoni). Prezzo di copertina L. **60.**
oppure
tutti i suddetti Fascicoli (1 a 52) del periodico, *una*, a scelta delle sei pubblicazioni sopramenzionate, più il **NUOVO TESTO UNICO delle LEGGI SANITARIE, con Note e Commento** di A. Carapelle e A. Jannitti-Piromallo. Volume, in formato tascabile, di pagine XII-720, stampato su carta tipo « *India-Oxford* », rilegato in tela. Prezzo di copertina L. **45.**

b): con **L. 140 in Italia** — si riceveranno i Numeri della Sezione PRATICA e della Sezione MEDICA del « Policlinico » dal 1° gennaio al 31 dicembre 1936, più *una*, a scelta, delle sei sumenzionate pubblicazioni nonchè, franco di porto, il volume di pagine VIII-606, con 46 figure nel testo: **" LEZIONI DI CLINICA MEDICA ,,** (Prof. Cesare Frugoni). Prezzo di copertina L. **60.**

c): con **L. 145 in Italia** — si riceveranno i Numeri della Sezione PRATICA e della Sezione CHIRURGICA del « Policlinico » dal 1° gennaio al 31 dicembre 1936, più *una*, a scelta, delle sei sumenzionate pubblicazioni, nonchè, franco di porto, il volume **" SCRITTI IN ONORE DEL PROF. ROBERTO ALESSANDRI ,,** *imponente gruppo di 66 MEMORIE, espressamente redatte per onorare il prof. ALESSANDRI da altrettante Illustrazioni della Scienza Chirurgica Internazionale, formante un'opera di pagine VII-610, con 240 figure nel testo, 5 tavole a colori fuori testo e con il ritratto, in formato di mm.* 130 × 180, *del Clinico Chirurgo romano; volume stampato tutto in lingua italiana, quale supplemento alla XL Annata della Sezione Chirurgica del « Policlinico ».* Prezzo di copertina L. **90.**

d): con **L. 165 in Italia** — si riceveranno i Numeri delle tre Sezioni del « Policlinico » dal 1° gennaio al 31 dicembre 1936, più *una*, a scelta, delle sei sumenzionate pubblicazioni, nonchè, franco di porto, il volume di pagine VIII-606, con 46 figure nel testo: **" LEZIONI DI CLINICA MEDICA ,,** (Prof. Cesare Frugoni). Prezzo di copertina L. **60.**

e): con **L. 210 in Italia** — si riceverà **tutto** quanto è descritto nella Combinazione *d)* che qui precede, più il volume degli **" SCRITTI IN ONORE DI ROBERTO ALESSANDRI ,,** indicato nella più sopra annunziata Combinazione *c)*, volume di pagine VIII-610, con 240 figure nel testo, 5 tavole fuori testo ed il ritratto, in rotocalco, formato mm. 130 × 180, del Clinico Chirurgo romano. Prezzo di copertina L. **90.**

L'Editore de « Il Policlinico »
Luigi Pozzi - Via Sistina 14 - Roma.

Pubblicazioni SEMI-GRATUITE ai più solleciti:

AVVERTENZA

Coloro che invieranno SUBITO l'INTERO importo di rinnovazione del proprio abbonamento per il 1936 ed aggiungeranno, al prezzo dell'abbonamento, l'importo qui sotto indicato, potranno ottenere a loro scelta le Opere qui appresso elencate: (*)

Con sole L. 55. la seguente:

1) MANUALE DI MALATTIE CUTANEE. (Dott. Prof. VINCENZO MONTESANO). In due volumi di complessive pagg. XXVIII-780, con 76 figure nel testo. Prezzo L. 110.

Con sole L. 35, UNA delle seguenti:

2) DIAGNOSTICA MEDICA E MEZZI SUSSIDIARI DI LABORATORIO. (Prof. V. GIUDICEANDREA). Vol. di pagg. XVI-488, con 122 figure in nero e a colori nel testo. Prezzo L. 68.

3) LE MALATTIE DEL SANGUE. (Prof. M. GHIRON). Vol. di pagg. XII-416, con 49 figure nel testo e 5 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 68.

4) MEDICINA TROPICALE E IGIENE MARINARA. (Dott. R. RIBOLLA). *Manuale teorico-pratico per i medici, con lettere*: di A. MURRI e di A. CASTELLANI. Vol. di pagg. XVI-491, con 39 figure nel testo. Prezzo L. 52.

Con sole L. 30, UNA delle seguenti:

5) IPOTENSIONE E IPOSFIGMIA - DEFICIENZE DI CIRCOLO. (Dott. A. LUISADA). Prefaz. del prof. C. FRUGONI. Vol. di pagg. XVI-352, con 52 figure nel testo. Prezzo L. 45.

6) LA TUBERCOLOSI. *Lezioni e Conferenze del I° Corso di Tisiologia*, tenute nel Sanat. Militare di Anzio dai proff.: G. MEMMO, E. MARAGLIANO, V. ASCOLI, R. ALESSANDRI, A. DIONISI, E. MORELLI, A. BUSI, D. DE CARLI, S. RICCI, R. CIAURI, A. GERMINO, F. BOCCHETTI. (Raccolte e coordinate dal dott. F. BOCCHETTI). Prefaz. del prof. sen. E. MARAGLIANO. Vol. di pagg. XVI-344. Prezzo L. 60.

7) LA BLENORRAGIA NELLA DONNA. (Prof. O. VIANA). *Manuale ad uso dei medici pratici.* Prefazione del prof. P. L. BOSELLINI. Vol. di pagg. XII-456, con 22 figure nel testo e 7 su tre tavole a colori, fuori testo. Prezzo L. 58.

Con sole L. 25, UNA delle seguenti:

8) CONVERSAZIONI E LEZIONI OSTETRICO-GINECOLOGICHE *ad uso dei medici pratici*. (Prof. P. GAIFAMI). Prefazione del sen. E. PESTALOZZA. Vol. di pagg. XII-254. Prezzo L. 50.

9) IL PROBLEMA DEL CANCRO. (Dott. W. S. BAINBRIDGE). Traduzione, in riassunto, dalle edizioni inglese, francese e spagnuola, dei dott. G. PERILLI e A. POZZI. Prefazione del prof. R. ALESSANDRI. Il libro contiene, inoltre, un capitolo originale dello stesso prof. Alessandri e del prof. R. Brancati *Sugli studi e sulla lotta del cancro in Italia* e la *Bibliografia Oncologica Italiana*. Vol. di pagg. XVI-365. Prezzo L. 50.

Con sole L. 20, UNA delle seguenti:

10) NUOVE NOTE E LEZIONI DI CHIRURGIA PRATICA. (Prof. D. TADDEI). Vol. di pagg. IV-280, con figure nel testo. Prezzo L. 36.

11) I CIRCOLI VIZIOSI IN PATOLOGIA. (J. B. HURRY). Traduzione dalla 3ª edizione inglese del dott. G. DRAGOTTI. Vol. di pagg. VIII-296, con 23 tavole nel testo ed una a colori fuori testo, rilegato in tela. Prezzo L. 45.

Con sole L. 15, UNA delle seguenti:

12) LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA. *Guida allo studio della fonetica biologica.* (Prof. G. BILANCIONI). Prefazione del prof. S. DE SANCTIS. Vol. di pagg. XII-502, con 194 figure originali nel testo. Prezzo L. 35.

13) LA TERAPIA SPECIALE DELLE FEBBRI PERNICIOSE. (Prof. F. TORTI). Traduzione del dott. G. LEGA. Vol. di pagg. XXXII-308, col ritratto del TORTI ed una tavola « LIGNUM FEBRIUM » fuori testo. Prezzo L. 40.

14) GLI STUDI DI CAMILLO GOLGI SULLA MALARIA, *raccolti e ordinati dal* Prof. A. PERRONCITO. Vol. di pagg. VIII-264, con figure nel testo e tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 45.

15) DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE. (Prof. C. BASILE). Vol. di pagg. XII-262, con 18 tavole e 91 figure nel testo, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 33.

16) IL CUORE DEL TUBERCOLOSO. *Studio morfologico, clinico ed anatomo-patologico.* (Prof. D. MAESTRINI). Prefazione dell'on. prof. E. MORELLI. Vol. di pagg. VIII-236, con 107 figure e 60 tavole nel testo. Prezzo L. 30.

17) L'ESAME DELLA FUNZIONE RENALE CON I MODERNI METODI DI INDAGINE. (Prof. G. RAIMOLDI). Prefazione del prof. R. ALESSANDRI. Vol. di pagg. VIII-247, con figure nel testo. Prezzo L. 30.

18) L'ESAME FUNZIONALE DELL'APPARATO RESPIRATORIO. *L'insufficienza respiratoria in Clinica.* (Prof. R. MONTELEONE). Vol. di pagg. VIII-267, con 30 figure nel testo. Prezzo L. 32.

19) L'EDEMA POLMONARE ACUTO. (Prof. CESARE FRUGONI, con la collaborazione dei proff. G. Melli, E. Peserico, A. Luisada). Vol. di pagg. IV-232, con figure nel testo. Prezzo L. 24.

20) PANCREATITE ACUTA E CRONICA. (Prof. A. GASBARRINI, con la collaborazione del prof. G. Gherardini). Vol. in-8°, di pag. 300, con figure nel testo e due tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 30.

21) EUGENICA E STIRPE. (Prof. R. BOMPIANI). Prefazione del prof. sen. E. PESTALOZZA. Vol. di pagg. VIII-232, con 8 grafici nel testo e due tavole fuori testo. Prezzo L. 25.

22) IL FORCIPE. (Prof. F. LA TORRE). Seconda edizione riveduta e aggiornata dal prof. P. GAIFAMI. Vol. di pagg. IV-132, con 62 figure nel testo. Prezzo L. 24.

(*) È consentito richiedere più di una delle 52 pubblicazioni, aggiungendo il rispettivo loro singolo importo semi-gratuito.

☛ continua Pubblicazioni SEMI-GRATUITE ai più solleciti :

☛ ***segue : Con sole L. 12, UNA delle seguenti :***

23) I FANCIULLI EPILETTICI. *Note patogenetiche cliniche di assistenza e di terapia.* (Prof. A. ROMAGNA MANOJA). Vol. di pagg. VIII-188, con 47 figure nel testo. Prezzo L. 22.

24) MANUALE DI TECNICA PER LA RICERCA MICROSCOPICA DEL SISTEMA NERVOSO. (Prof. W. SPIELMEYER). Traduzione italiana del dott. G. LIPPI FRANCESCONI, con prefazione del prof. G. B. PELLIZZI. Vol. di pagg. VIII-208. Prezzo L. 22.

25) L'INSUFFICIENZA DEL CUORE *con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.* (Dott. E. PERITI). Prefazione del prof. L. SICILIANO. Vol. di pagg. XII-118, con 24 figure nel testo. Prezzo L. 22.

☛ ***Con sole L. 10, UNA delle seguenti :***

26) COMPRESSIONI MIDOLLARI. *Rilievi clinici e guida diagnostica.* (Prof. G. BOSCHI e Dott.ssa M. CORI). Vol. di pagg. VIII-128, con 30 figure in nero ed a colori nel testo. Prezzo L. 18.

27) GLI ORMONI SESSUALI FEMMINILI. *Fisiologia e clinica dei presunti ormoni preipofisari e degli ormoni ovarici nei rapporti coll'apparato genitale.* (Prof. G. REVOLTELLA). Vol. di pagg. VIII-72, con 22 figure nel testo e due tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 18.

28) LO STATO ATTUALE DELLA RADIOTERAPIA GINECOLOGICA. (Prof. M. BOLAFFIO). Vol. di pagg. VIII-164, con 10 figure nel testo e 7 tavole fuori testo. Prezzo L. 20.

29) GINECOLOGIA E SECREZIONI INTERNE. (Prof. O. VIANA). Prefazione del prof. N. PENDE. Vol. di pagg. VIII-176. Prezzo L. 18.

30) L'ETÀ PUBERE NELLA DONNA. *Breve saggio di fisiopatologia costituzionale con un'appendice sulle anomalie della mestruazione dalla pubertà all'inizio della vita sessuale.* (Prof. R. BOMPIANI). Prefazione del prof. sen. E. PESTALOZZA. Vol. di) pagg. VIII-128, con una grafica e 6 figure nel testo. Prezzo L. 16.

☛ ***Con sole L. 8, UNA delle seguenti :***

31) NUOVE VEDUTE SULLE INFEZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE. (Prof. G. SANARELLI). Vol. di pagg. VIII-184, con 28 figure nel testo. Prezzo L. 25.

32) LA CIRROSI EPATICA. *Studio critico e clinico.* (Prof. G. SABATINI). Vol. di pagg. VIII-102. Prezzo L. 15.

33) LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA. (*Fibrechia del cuore*) NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO. (Prof. G. L. SACCONAGHI). Vol. di 200 pagine. Prezzo L. 20.

34) LA PSICANALISI. (Dott. G. DRAGOTTI). Seconda edizione accuratamente riveduta e ampliata. Prefazione del prof. SANTE DE SANCTIS. Vol. di pagg. VIII-96, con ritratto (in formato di mm. 90×135) di S. FREUD. Prezzo L. 14.

35) I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA. (Prof. A. ROMAGNA MANOJA). Vol. di pagg. VIII-196, con 12 figure nel testo. Prezzo L. 18.

36) LA MEDICINA PREVENTIVA E LA SELEZIONE PROFESSIONALE IN RAPPORTO ALLE ASSICURAZIONI SOCIALI. (Dott. O. BELLUCCI). Prefazione del prof. CARLO FOÀ. Vol. di pagg. VIII-168. Prezzo L. 18.

☛ ***Con sole L. 6, UNA delle seguenti :***

37) LA PERNICIOSITÀ NELLA MALARIA. (Prof. E. MARCHIAFAVA). Vol. di pag. 66, con tre grafiche nel testo e una tavola a colori fuori testo. Prezzo L. 12.

38) RAPPORTI FRA MALARIA E TUBERCOLOSI. (Dott. V. DE BERNARDINIS). Vol. di pagg. 144. Prezzo L. 18.

39) LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. *Note critiche e Osservazioni cliniche.* (Prof. E. TRENTI). Vol. di pagine 92, con 38 radiografie e 22 grafiche termometriche nel testo. Prezzo L. 20.

40) L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI. (Prof. P. STANCANELLI). Vol. di pagg. VIII-100. Prezzo L. 12.

41) MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE. (Prof. A. ROSSI). Vol. di pagg. VIII-122, con 14 figure nel testo. Prezzo L. 15.

42) CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA. ANGIOGRAFIA. (Prof. D. MAESTRINI). Prefazione del prof. S. BAGLIONI. Vol. di pagg. VIII-168, con 64 figure nel testo. Prezzo L. 20.

43) GASTROPATIE E GASTROENTEROSTOMIA. *Studio clinico radiologico operativo.* (Prof. P. GILBERTI). Vol. di pag. 125, con 4 radiografie e 6 disegni semischematici originali di Anatomia chirurgica, nonchè la Storia e la Bibliografia sull'argomento dal 1881. Prezzo L. 15.

44) MANUALITÀ CISTOSCOPICHE. (Dott. G. M. GIULIANI) *ad uso dei medici pratici.* Vol. di pagine VIII-79, con 58 figure in nero e a colori nel testo. Prezzo L. 15.

45) RADIUMTERAPIA. *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. CAPPELLI). Vol. di pagg. IV-150, con 5 tavole e 5 figure nel testo. Prezzo L. 18.

☛ ***Con sole L. 5, UNA delle seguenti :***

46) LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. *Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.* (Dott. F. BOCCHETTI). Vol. di pagg. VIII-80, con 21 figure nel testo. Prezzo L. 12.

47) LA MALATTIA DI RECKLINGHAUSEN. NEUROFIBROMATOSI. (Dott. G. LIONETTI). Prefazione del prof. A. GALIMBERTI. Vol. di pagg. VIII-72, con 10 figure in 6 tavole fuori testo. Prezzo L. 12.

48) LA BISMUTERAPIA DELLA SIFILIDE. (Dott. F. TRAVAGLI). Vol. di pagg. IV-72. Prezzo L. 12.

49) TUBERCOLOSI ED ESERCITO. (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del prof. sen. G. SANARELLI. Vol. di pagg. VIII-56. Prezzo L. 10.

50) CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE. (Prof. A. CAPOGROSSI). Vol. di pagg. VIII-83. Prezzo L. 10.

☛ ***Con sole L. 3, UNA delle seguenti :***

51) L'INTOSSICAZIONE GRAVIDICA NELLA SUA GENESI E NELLE SUE FORME CLINICHE. (LEZIONI). (Prof. E. ALFIERI). Vol. di pag. 40. Prezzo L. 8.

52) SULLA NATURA DELLE TOSSICOSI GRAVIDICHE. (Dott. E. PASQUINI). Vol. di pag. 75. Prezzo L. 12.

(*) È consentito richiedere più di una delle 52 pubblicazioni, aggiungendo il rispettivo loro singolo importo semi-gratuito.

Abbonamenti cumulativi con "Il POLICLINICO„ per il 1936

Tre Riviste di branche speciali della medicina pubblicate dalla CASA EDITRICE L. POZZI - ROMA concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ per l'anno 1936.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole: L. **36** per l'Italia anzichè L. **40** o L. **50** per l'Estero anzichè L. **60** potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1936 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di speciali branche della medicina e chirurgia:

CUORE E CIRCOLAZIONE

periodico mensile illustrato diretto da CESARE FRUGONI, Clinico Medico di Roma

Redattori Capo: Prof. CESARE PEZZI, Milano; Prof. GINO MELDOLESI, Roma.

Redattore-Segretario: Prof. A. POZZI.

Ogni fascicolo si compone di 48-56 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40; Estero L. 60; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 36; Estero L. 50

N. B. — I nuovi abbonati del 1936 possono ottenere le ultime sette annate (1929 a 1935 incluse) che costano L. **270**, per sole L. **175** in Italia e per sole L. **225** all'Estero.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

diretta da PAOLO GAIFAMI Professore di Clinica Ostetrico-**Ginecologica** di Roma

Ogni fascicolo si compone di 60-64 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40; Estero L. 60; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 36; Estero L. 55

N. B. — I nuovi abbonati del 1936 possono ottenere le ultime dieci annate (1926 a 1935 incluse) che costano L. **400**, per sole L. **245** in Italia e per sole L. **310** all'Estero.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

fondata da GUGLIELMO BILANCIONI

Questa Rivista, che è ormai all'undecimo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce negli Ospedali, nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 50; Estero L. 70; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 45; Estero L. 65

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1936 si concedono le ultime sette annate (1929 a 1935 incluse) che costano L. **300**, per sole L. **220** in Italia e per sole L. **295** all'Estero.

Altre Riviste, non di nostra edizione, concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ pel 1936

RIVISTA DI MALARIOLOGIA

Periodico bimestrale diretto dal prof. G. Sanarelli

con la collaborazione di G. Alessandrini, A. Barbieri, C. C. Bass, G. Bastianelli, M. F. Boyd, E. Brumpt, J. P. Cardamatis, M. Ciuca, G. Covell, S. R. Christophers, N. C. Davis, S. De Buen, G. De M. Rudolf, G. Escalar, D. Falleroni, E. C. Faust, C. Fermi, G. Franchini, G. Giemsa, B. Gosio, R. Green, L. W. Hackett, S. P. James, I. J. Kligler, A. Labranca, L. La Face, A. Lutrario, P. Manson-Bahr, E. Marchiafava, E. Marcnoux, E. Martini, A. Missiroli, P. Mühlens, B. Nocht, D. Ottolenghi, U. Omen, G. Pittaluga, A. Plehn, T. Pontano, G. Rossi, E. Roubaud, F. Schiassi, W. Schüffner, M. Sella, Ed. e Et. Sergent, A. J. Sinton, C. Strickland, N. H. Swellengrebel, J. G. Thomson, V. Valle, E. W. Walch, A. Zeri, H. Ziemann.

REDATTORE CAPO: DOTT. L. VERNEY

Organo Ufficiale della « Società per gli Studi della Malaria » e di altri Enti.

Il periodico con il 1934 viene diviso in due parti. La 1ª parte (Archivio) consterà di sei fascicoli, destinati ai lavori originali ed alle relazioni. La 2ª parte (Rassegna) risulterà pure di sei fascicoli, destinati alle recensioni (sintetiche ed analitiche) ed alle informazioni varie (atti ufficiali, notizie).

Abbonamento annuo: Italia L. **50**, Estero L. **90**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **45**, Estero L. **85**.

ANNALI D'IGIENE

Pubblicazione mensile diretta dal prof. G. Sanarelli

A. Alessandrini (Roma) - S. Belfanti (Milano) - G. Bellei (Bologna) - E. Bertarelli (Pavia) - G. Bordoni Uffreduzzi (Milano) - O. Casagrandi (Padova) - R. Cimmino (Napoli) - D. De Blasi (Napoli) - L. Devoto (Milano) - E. Di Mattei (Catania) - C. Fermi (Sassari) - G. Ficai (Arezzo) - A. Filippini (Roma) - C. Gorini (Milano) - B. Gosio (Roma) - M. Levi della Vida (Roma) - A. Maggiora (Torino) - L. Manfredi (Palermo) - A. Niceforo (Roma) - D. Ottolenghi (Bologna) - G. Pecori (Roma) - G. Pittaluga (Madrid) - V. Puntoni (Roma) - E. Ronzani (Milano) - G. Rossi (Portici) - G. Ruata (Roma) - G. Sampietro (Roma) - G. Sanarelli (Roma) - F. Sanfelice (Pisa) - G. Sangiorgi (Bari) - A. Scala (Roma) - G. Volpino (Messina).

DIRETTORE: PROF. G. SANARELLI - REDATTORE CAPO: DOTT. L. VERNEY

Il periodico accoglie *memorie originali, studi riassuntivi, questioni del giorno* e una copiosa *rubrica di recensioni*, che rispecchiano tutto il movimento igienico internazionale; reca informazioni di legislazione. amministrazione e giurisprudenza sanitaria e notizie varie.

Abbonamento annuo: Italia L. **60**, Estero L. **100**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **55**, Estero L. **95**. Ai medici condotti associati al « Policlinico » gli « Annali d'Igiene » sono offerti al prezzo di favore di L. **50**, ma per ottenere ciò essi dovranno rivolgersi *esclusivamente* alla nostra Amministrazione e più precisamente al Signor LUIGI POZZI, in via Sistina, 14, Roma.

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, oppure presso l'Ufficio Postale Succursale diciotto. ROMA.

Ai già abbonati del 1935 a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo pel 1936 per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

ANNO XLII Roma, 16 Dicembre 1935 - XIV Num. 50

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA

Epato- ed aminoacidoterapia delle ulceri gastro-duodenali

per il prof. GUIDO IZAR, direttore.

La terapia medica dell'ulcera gastrica e dell'ulcera duodenale è ben povera di guarigioni assolute nonostante il rinnovarsi dei tentativi su indirizzi prospettati via via da nuovi concetti etiopatogenetici; tentativi di terapia causale, in apparenza più razionali, con pretese di specificità, ad effetto rapido: in opposizione al trattamento puramente sintomatico, aspecifico, meticoloso, lunghissimo, dispendioso: in opposizione, e spesso a torto, al trattamento chirurgico, non sempre felice nelle ultime conseguenze, ma il solo da scegliere in presenza di complicanze (aderenze, stenosi), nelle forme estese e penetranti, nelle emorragie infrenabili, nelle forme cachettizzanti.

Nel corso di circa 10 anni si sono così seguiti, con alternanze di entusiasmi precoci e di pessimismi anch'essi precoci o forse aprioristici, vari metodi di cura medica: dalla vaccinoterapia alla proteinoterapia ed alla emoterapia: dalla endocrinoterapia con insulina, con paratiroidina, con postipofisina, con estratti pancreatici desinsulinizzati, alla pepsinoterapia ed alla mucinoterapia: dalla terapia vitaminica con vitamina A-B-C alle irradiazioni a distanza ed alla benzoatoterapia. Mezzi terapeutici da noi stessi sperimentati in gran parte con risultati spesso indubbiamente positivi sulla sintomatologia subiettiva e sullo stato generale, non certo in rapporto con coincidenti remissioni naturali spontanee delle crisi ulcerose come vorrebbe il Gutmann, ma con risultati molto incerti invece sulla evoluzione della lesione anatomica.

Proseguendo nei nostri tentativi, scevri da preconcetti sul valore ed efficacia del metodo, col solo intento di valutare, sereni ed obiettivi, gli effetti della cura, da circa tre anni abbiamo applicato il procedimento proposto quasi contemporaneamente da Weiss e Aron, a conclusione delle loro ricerche sulla etiopatogenesi dell'ulcera sperimentale del cane, e da Lenormand, col concetto ben diverso di sostituire alla proteinoterapia e alla peptono-

terapia i loro prodotti di disintegrazione molto più definiti e dosabili.

In queste ricerche, di cui abbiamo già dato comunicazione preliminare al Congresso di Medicina interna del 1933 in Pavia, abbiamo usato sia la tecnica originale di Weiss-Aron e Lenormand, sia la tecnica modificata di Fournial e di Aron, sempre a base di aminoacidi, sia la tecnica da noi proposta nel 1933 (iniezioni di un preparato iniettabile attivo di fegato), ed ancora abbiamo associato il trattamento con aminoacidi o con estratti epatici alla terapia con pepsina, con benzoato di sodio, con vitamina A e D, allo scopo di rendere più stabili e forse definitivi, integrandone l'azione, i risultati soddisfacenti ma transitori ottenuti colla sola epato- ed aminoacidoterapia.

Di queste lunghe e pazienti ricerche, condotte naturalmente solo su ammalati suscettibili di cura medica ed in ogni caso esenti da quelle complicanze che secondo Leube e Mikulicz rendono la lesione di spettanza esclusivamente chirurgica, dirà *in extenso* il Dott. S. Crisafulli che con me si è occupato dell'argomento. Io mi limito qui a riassumerne i risultati conclusionali, premettendo che la diagnosi clinica di sede, natura, estensione della lesione iniziale e le sue eccessive variazioni nel corso del trattamento furono in ogni caso stabilite dopo un esame a fondo dell'ammalato ed accurate ricerche sulla funzionalità gastrica e duodenale corredate da tutti gli esami di laboratorio (urologici, coprologici, ematologici, serologici) e controllate volta per volta con esami radiologici seriali dal Prof. Castronovo, direttore dell'Istituto di Radiologia, di modo che i risultati enunciati, oltre che avere il suffragio di un eminente radiologo, acquistano maggiore importanza per la obiettività del controllo.

Tutti gli ammalati, nei quali venne naturalmente tralasciato qualsiasi altro trattamento terapeutico, durante l'intero decorso della cura furono tenuti a dieta costante, sufficiente, mista, senza alcoolici, distribuita in quattro pasti giornalieri.

Tutti i preparati usati [istidina = istidina + triptofano = hepracton = eparenzima = hepracton + pepsina = hepracton + benzoato sodio = hepracton + pepsina + benzoato sodio = hepracton o istofano + benzoato sodio + vogan (vitamina A) = hepracton + vogan + vigantolo (vitamina D)] furono bene tollerati sia nella prima serie di trattamento che nelle serie successive e non diedero disturbo di sorta, ad eccezione della vitamina A (vogan) che provocò una fugace riacutizzazione (non mai la comparsa) dei dolori gastrici subito dopo la somministrazione.

Dall'esame dei numerosi casi trattati un primo giudizio si impone: che il trattamento con aminoacidi o con estratti epatici, sia solo che abbinato ad altre cure, se dà risultati positivi, almeno dal punto di vista sintomatico, nelle ulceri gastriche, non spiega invece influenza alcuna o solo una fugacissima attenuazione dei fenomeni dolorifici nei soggetti affetti da ulceri duodenali: fatto interessante, che può forse servire di base per spiegare il meccanismo di azione della stessa cura nelle ulceri gastriche.

In tutti i soggetti invece affetti da ulceri gastriche è dato constatare una spiccata, precisa, netta influenza del trattamento con aminoacidi o con estratti epatici sia sulla sintomatologia subiettiva ed obiettiva dolorosa, sia sulla sintomatologia e sui rilievi positivi radiologici.

Alla cessazione dei sintomi subiettivi più gravi e persistenti, alla scomparsa del vomito, delle gastralgie ribelli, delle sensazioni urenti di bruciore gastrico, va parallelo, oltre ad un miglioramento ben evidente delle condizioni generali con aumento di peso e ad uno stato di vera euforia, la scomparsa radiologica di ogni fatto spastico, della immagine di nicchia e in qualche caso anche la presenza di cicatrice.

Lungi però dal considerare questi fatti come segni di una effettiva persistente guarigione, sereni ed obiettivi, senza lasciarci suggestionare dall'apparente favorevole andamento dell'affezione, dalle affermazioni entusiastiche degli ammalati che si dichiaravano guariti e lasciavano di propria volontà la clinica, dai *fissati* radiologici attestanti la comparsa di cicatrici, abbiamo atteso il responso del tempo prima di pronunciarci in modo definitivo. Sopratutto due ordini di fatti ci consigliavano di andare cauti: le modalità di evoluzione clinica ed anatomica dell'ulcera gastrica: il significato dei rilievi radiologici.

L'andamento ciclico, discontinuo del decorso dell'ulcera gastrica, tendenzialmente cronico: la successione di periodi di silenzio sintomatologico di durata varia, talvolta anche di anni, a periodi di acuzie all'infuori di ogni trattamento (che senza giungere alle citate esagerazioni del Gutmann son troppo frequenti per essere misconosciute): la difficoltà di una diagnosi radiologica di guarigione di pregressa ulcera anche per specialisti di indiscussa competenza, potendo anche i cosidetti segni diretti essere fallaci in quanto testificano immagini cinetiche e non anatomiche o ba-

stando un elemento di natura infiammatoria o irritativo dinamico per determinare la momentanea scomparsa di un segno di cavitazione: ci hanno indotto a concetti prudenziali, ad una valutazione strettamente obiettiva dei fatti osservati: ed abbiamo opposto alle cennate opinioni personali di guarigione la diagnosi di miglioramento con pseudoguarigione clinica e radiologica.

L'evoluzione successiva della forma nei casi che ci fu dato seguire (non vogliamo certo interpretare i numerosi casi che non si sono ripresentati come dei sicuramente guariti, dato che la recidiva può presentarsi sia dopo breve che dopo lungo tempo, particolarmente in rapporto alle abitudini, professione, regime di vita dell'infermo), ci ha dato ragione: a distanza di uno-due mesi molti dei nostri soggetti si sono ripresentati accusando di nuovo o il quadro doloroso e sintomatico primitivo, sebbene sempre attenuato, o dei disturbi vaghi, che l'esame radiologico attestava essere legati sia alla presenza di lesioni ulcerative ben evidenti sia anche solo alla presenza di una immagine crateriforme puntiforme al centro della cicatrice.

Pensando che la durata della prima cura fosse stata insufficiente o che occorresse abbinare altre cure, abbiamo di nuovo trattato gli stessi ammalati per un altro periodo più lungo di tempo con iniezioni sia di triptofano-istidina sia di estratti epatici abbinati alla pepsina, al benzoato di sodio, alle vitamine A e D come si è detto, aggiungendo ancora in alcuni casi una cura antiacida protettiva a base di bismuto, carbonato soda, magnesia, belladonna.

Anche questa volta gli esami radiologici seriali attestarono la riduzione progressiva delle lesioni ulcerative sino alla scomparsa, mentre di pari passo si riducevano sino alla scomparsa tutti gli altri sintomi subiettivi ed obiettivi.

Ma anche questa volta il nostro scetticismo, o per meglio dire i nostri poteri di inibizione, hanno impedito di dare ai sofferenti la certezza della loro guarigione: con ragione purtroppo perchè nel termine di due mesi quasi tutti gli ammalati si ripresentarono a noi accusando almeno in parte il quadro di dolori che ben troppo conoscevamo e presentando sia obiettivamente all'esame clinico che radiologicamente di nuovo i segni di una lesione ulcerativa gastrica in atto e in evoluzione.

Bisognava insistere nella cura? Era necessario un complemento con fattori terapeutici diversi?

Dei due quesiti abbiamo cercato di rispondere al primo riprendendo dei cicli di cura in alcuni pochi soggetti: i risultati durante la cura e subito dopo furono identici a quelli già per due volte verificati e controllati: ma non per questo osiamo dire che i nostri ammalati siano guariti, perchè già un caso ha ripresentato i primitivi disturbi subiettivi controllati radiologicamente.

Il secondo quesito è più difficile a risolvere: è questa la ragione che mi ha persuaso della utilità di far note queste indagini anche se parzialmente negative perchè altri trovi lo spunto a nuove impreviste vie. Aggiungo per completezza che tutti i soggetti non presentarono mai nei successivi periodi di sofferenza l'acuzie del primo periodo e che quelli trattati con tre serie di cicli godono di un relativo benessere anche ora che è ormai trascorso molto tempo dalla cessazione della cura; il che dà ragione della nostra ipotesi che realmente nella aminoacidoterapia e nella epatoterapia stiano le basi per una cura medica razionale dell'ulcera gastrica.

Fra i due aminoacidi sperimentati è certamente l'istidina quella che agisce in modo più efficace e più netto: sia per la sua azione antalgica e modificatrice sul sistema neurovegetativo (Lenormand), sia inibendo la secrezione cloridrica (Weiss e Stol) o in senso più lato come correttore alcalino del chimismo cellulare viziato (Manginelli), sia provocando una ipersecrezione mucosa o anche la secrezione di un particolare tipo di mucina che favorisce la cicatrizzazione togliendo la superficie ulcerata dal contatto immediato del contenuto gastrico (Lenormand), sia per una azione trofica sul tessuto periulceroso con dilatazione vasale (Fournial), paragonabile forse a quella di un ormone o di una vitamina (Stol e Weiss), sia infine come materiale specifico di ricostruzione per viziato ricambio intermedio così come agisce nella anemia perniciosa: ipotesi tutte che possono così riassumersi:

gli estratti epatici e l'istidina, pur non rappresentando una terapia specifica patogenetica dell'ucera gastrica, vengono ad avere ragione immediata dei fenomeni dolorosi per la loro proprietà antialgica sedativa generale e forse anche per una iperproduzione di muco: in tempo successivo, persistendo nella cura, spiegano anche una azione riparatrice come correttori alcalini del chimismo cellulare, come vasodilatatori e come materiale specifico di ricostruzione fino a portare realmente alla cicatrizzazione della lesione ulcerativa, CHE NON GIUDICHIAMO PER ALTRO DEFINITIVA.

L'addizione di pepsina, di benzoato di sodio, di vitamina A e D attiva ed accelera l'azione degli estratti epatici e della istidina senza renderla però ancora definitiva.

RIASSUNTO.

L'A. riassume i risultati di una lunga serie di ricerche sull'azione dell'istidina e degli estratti epatici sulla sintomatologia ed evoluzione anatomica dell'ulcera gastro-duodenale.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA
PADIGLIONE G. B. MORGAGNI
Chirurgo Primario: Prof. C. ANTONUCCI.

Profilassi e cura della ipotensione da rachianestesia.

Dott. GAETANO ZAPPALÀ, assistente.

In un mio precedente lavoro eseguito al doppio scopo di controllare cioè i risultati, talvolta discordi, ottenuti dai vari autori sul comportamento della pressione arteriosa dopo R. A., e di studiare comparativamente i valori della Mx-Md-Mn della pressione arteriosa, sono arrivato alle seguenti conclusioni:

« Lo studio della pressione arteriosa (Mx, Md e Mn) eseguito con l'oscillometro registratore di Boulitte, prima, durante e dopo operazioni, ci ha mostrato un comportamento diverso a seconda delle varie anestesie. Nella R. A. si è avuto quasi costantemente un forte abbassamento della pressione durante l'atto operativo, con successivo ritorno ai valori iniziali in un periodo di tempo vario (8-48 ore).

Uno studio comparativo eseguito tra Mx, Md e Mn, ha mostrato che le variazioni della pressione si sono avute quasi in egual misura per ciascuno dei tre valori.

Forse la Mn è stata la pressione meno modificata tra le tre.

Essa ha mostrato in ogni modo, una maggiore e più rapida tendenza a ritornare ai valori primitivi.

La Md non pare possa essere, almeno per quanto riguarda gli operandi e gli operati, di maggiore utilità della Mx e Mn.

Nè, per noi almeno che ci siamo serviti dell'oscillometro registratore, si può dire che la Md sia di più facile misurazione della Mx e della Mn, perchè anche la lettura di queste ultime si esegue facilmente ».

La maggior parte degli AA. che si sono occupati dell'argomento hanno osservato un abbassamento della pressione arteriosa dopo la R. A.

Esso è di intensità varia, in rapporto all'anestetico adoperato, alla entità del trauma operatorio, alle condizioni generali del paziente. Ionnesco ritiene che molta importanza nel determinare modificazioni della pressione arteriosa, abbia la sede della puntura lombare.

Quando questa viene eseguita in uno spazio intervertebrale basso, l'abbassamento della pressione è lieve o nullo. L'abbassamento è notevole per le punture molto alte.

Ionnesco in ogni modo sostiene che le modificazioni della pressione dopo R. A. siano di lieve entità.

Virgilio che esegue la R. A. con novocaina, segnala un abbassamento quasi costante della pressione, ma di lieve entità.

Abbadie e Montero hanno notato un abbassamento solo nella prima mezz'ora. Il ritorno successivo alla norma dopo 45'.

Chanoin, Moia ed Einaudi hanno anch'essi osservato abbassamento della pressione dopo R. A. I valori di tale abbassamento sono vari ed in rapporto, secondo gli AA., non solo alla sostanza adoperata ed al vario assorbimento di essa, ma anche alla sede ed alla entità dell'operazione.

Solo pochi ricercatori, fra cui Desplas e Millet, affermano di non aver osservato abbassamenti notevoli della pressione dopo R.A.

L'abbassamento della pressione si verifica generalmente dopo circa 20 minuti dalla R. A. Esso si accompagna a sudori freddi, nausea, vomito, cui segue talvolta un vero e proprio collasso circolatorio.

Schotte che ha studiato il meccanismo di questa ipotensione ritiene che essa sia dovuta a due fattori: dapprima blocco del simpatico vasocostrittore, donde paralisi vasomotoria e vasodilatazione nel dominio anestetizzato; in seguito bloccaggio del simpatico adrenalino-secretore con diminuzione e talvolta anche soppressione della secrezione di adrenalina da parte delle capsule surrenali, donde aggravamento della paralisi vasomotoria e soppressione di un meccanismo importante di correzione dell'abbassamento di pressione.

Partendo da questo concetto patogenetico sul meccanismo della ipotensione da R.A. era logico che si cercasse di prevenirla e curarla mediante l'adrenalina.

È ormai nota l'azione di questa sostanza in condizioni fisiologiche: essa secreta in piccole quantità dalle capsule surrenali, in ma-

niera continua, mantiene la pressione sanguigna ad un livello quasi costante. In condizioni patologiche una diminuzione della secrezione surrenale produce un abbassamento notevole della pressione arteriosa.

Nella cura dell'ipotensione da R. A. l'adrenalina somministrata per via sottocutanea si è mostrata quasi inefficace.

Per via endovenosa essa produce un innalzamento brusco e notevole della pressione arteriosa. L'effetto però è passeggero ed inoltre si accompagna spesso a disturbi, quali tremore, senso di freddo, palpitazione, febbre talvolta elevata.

(Noi abbiamo osservato in seguito a iniezioni endovenose di adrenalina elevazioni febbrili fino a 40° precedute da brivido e seguite da sudorazioni profuse).

Per evitare questi disturbi e per ottenere un effetto prolungato l'adrenalina è stata iniettata nelle vene diluita in 300 cmc. di sol. fisiologica.

Schotte fa osservare che l'iniezione endovenosa lenta di sol. fisiologica con adrenalina costituisce, è vero, un buon metodo per assicurare il mantenimento della pressione sanguigna ai valori normali, però essa è di applicazione pratica complicata, ed inoltre negli abbassamenti gravi della pressione che necessitano un intervento rapido, essa non è utilizzabile. Schotte quindi ha abbandonato l'adrenalina consigliando l'uso dell'efedrina. Egli si crede in grado di confermare che l'iniezione endovenosa di efedrina provoca innalzamento considerevole e durevole della pressione sanguigna la quale supera spesso il valore iniziale.

L'effetto si mantiene per tutta la durata dell'anestesia (più di 1 ora). Egli non crede di dover ricorrere a iniezioni endovenose preventive di efedrina perchè questa ostacola lo svolgimento regolare della R. A. Essa deve essere fatta durante o più spesso dopo lo stabilirsi dell'anestesia. Lefilliatre per evitare gli accidenti da ipotensione in R. A. preconizza iniezioni preventive di adrenalina e canfora; egli consiglia inoltre di evacuare 5-10 cmc. di liquor, di iniettare 4-5 cmc. di soluzione di delcaina al 2 %, fare un leggero barbottage, mettere il malato in posizione leggermente inclinata, testa e collo flessi sul tronco.

Procedendo così l'A. ha fatto 117 R. A. senza incidenti.

Leveuf da vari anni usa l'efedrina per via sottocutanea alla dose di 5 ctg. iniettata 2 minuti prima della R.A. Egli ha trovato elevazioni nette delle pressioni Mx e Mn e una notevole diminuzione della frequenza dei vomiti durante l'anestesia.

Anche Basset usa l'efedrina.

Picot prima della scoperta dell'efedrina usava la caffeina.

Desplas procede nella maniera seguente: negli ipotesi leggeri egli somministra mezz'ora prima dell'anestesia due compresse di efedrina-caffeina (6 ctgr. di efedrina).

Fatta la R.A. se il malato dovesse presentare fenomeni di ipotensione si pratica una iniezione sottocutanea di adrenofedrina.

Desplas che ha praticato 300 R.A. con questo metodo, seguendo le variazioni della pressione arteriosa ha trovato che questo processo apporta un perfezionamento considerevole alla R. A.

Pitkin per un soggetto ipoteso, consiglia di praticare un'ora prima dell'anestesia, una iniezione di efedrina che in 4-6 ore riporterà la pressione al livello normale e permetterà di intervenire come in un soggetto normale.

Forgue consiglia di non mescolare l'anestetico col liquor nella siringa prima di iniettarlo.

Dopo la puntura l'ammalato deve essere coricato lentamente e se si vuole metterlo in posizione di Trendelenburg, aspettare 10 minuti prima di farlo.

Forgue pratica inoltre iniezioni preparatorie di caffeina, olio canforato, efetonina e consiglia di usare sostanze anestetiche pure senza adrenalina, caffeina o stricnina.

Daniel attribuisce i disturbi da R. A. ad uno squilibrio vago-simpatico, per evitare il quale egli inietta all'operando dopo R. A., 10 cmc. del proprio liquor nelle vene.

Con questo procedimento egli ha notato scomparsa quasi completa degli accidenti secondari a R.A.

Platicelli allo scopo di prevenire i disturbi da ipotensione da R.A., ha praticato sistematicamente nei suoi casi 10 minuti prima dell'operazione un'iniezione di caffeina (0,20) ed efetonina (0,05).

Egli però non ha notato una sensibile modificazione nella frequenza e nella intensità dei disturbi.

A Biancalana è sembrato utile allo scopo di evitare l'ipotensione arteriosa, un'iniezione preventiva di adrenofedrina.

* * *

Nel presente lavoro ci siamo proposti di controllare da una parte l'efficacia dei farmaci proposti per la profilassi e la terapia

della ipotensione da R.A., e dall'altra di sperimentare altri mezzi tra i quali alcuni ci sembravano specialmente indicati perchè contemporaneamente utili a prevenire altre complicazioni post-operatorie.

Per es.: se in un operato di resezione gastrica una fleboclisi con soluz. ipertonica di Na Cl riuscisse a prevenire l'ipotensione da R. A., essa sarebbe contemporaneamente utile a prevenire in parte la disidratazione cui vanno incontro questi ammalati nei giorni successivi all'operazione, nonchè tutti gli altri disturbi che si accompagnano ad ipocloremia con iperazotemia.

I risultati delle nostre ricerche riguardanti lo studio delle modificazioni qualitative e quantitative della massa del sangue, noi riferiremo in altri lavori.

Per quanto riguarda lo studio della ipotensione da R. A. noi ci siamo serviti di ammalati sottoposti ad operazioni gravi (resezione gastrica), in cui veniva eseguita una puntura lombare (novocaina-adrenalina) alta.

In queste condizioni un notevole abbassamento della pressione arteriosa può considerarsi una regola, come abbiamo avuto occasione di osservare nel nostro precedente lavoro già citato.

Le sostanze da noi sperimentate sono state le seguenti: caffeina, canfora, efedrina per via sottocutanea; adrenalina ed efedrina per via endovenosa, fleboclisi di: soluz. fisiologica semplice, con adrenalina (1 mmgr.) con Na Cl (gr. 10) con glucosio (gr. 30) con adrenoefedrina. Infine abbiamo praticato anche la trasfusione di sangue.

Le iniezioni sottocutanee di caffeina, canfora, efedrina eseguite prima dell'operazione si sono mostrate assolutamente inefficaci. Specialmente per l'adrenalina e per l'efedrina la via sottocutanea dà un effetto trascurabile per il suo assorbimento lentissimo a causa anche dell'azione vasocostrittrice locale dell'ormone surrenale.

L'adrenalina endovenosa ha un effetto assolutamente passeggero in relazione alla sua distruzione rapida per ossidazione nei tessuti. Inoltre il suo uso non è consigliabile per la possibilità dell'insorgenza dei disturbi già ricordati.

Migliori risultati abbiamo avuto con fleboclisi di soluz. fisiologica (500 cmc.) praticate subito dopo la puntura lombare durante i primi venti minuti circa dell'operazione.

La pressione misurata immediatamente dopo e successivamente fino alla fine dell'operazione ha mostrato un discreto abbassamento della Mx (35 mm. in media) modico abbassamento della Md (15 mm. circa) e della Mn (10 mm. circa).

In complesso la fleboclisi di soluz. fisiologica semplice si è mostrata di una discreta efficacia nella profilassi della ipotensione da R.A. (vedi tracciati fig. 1).

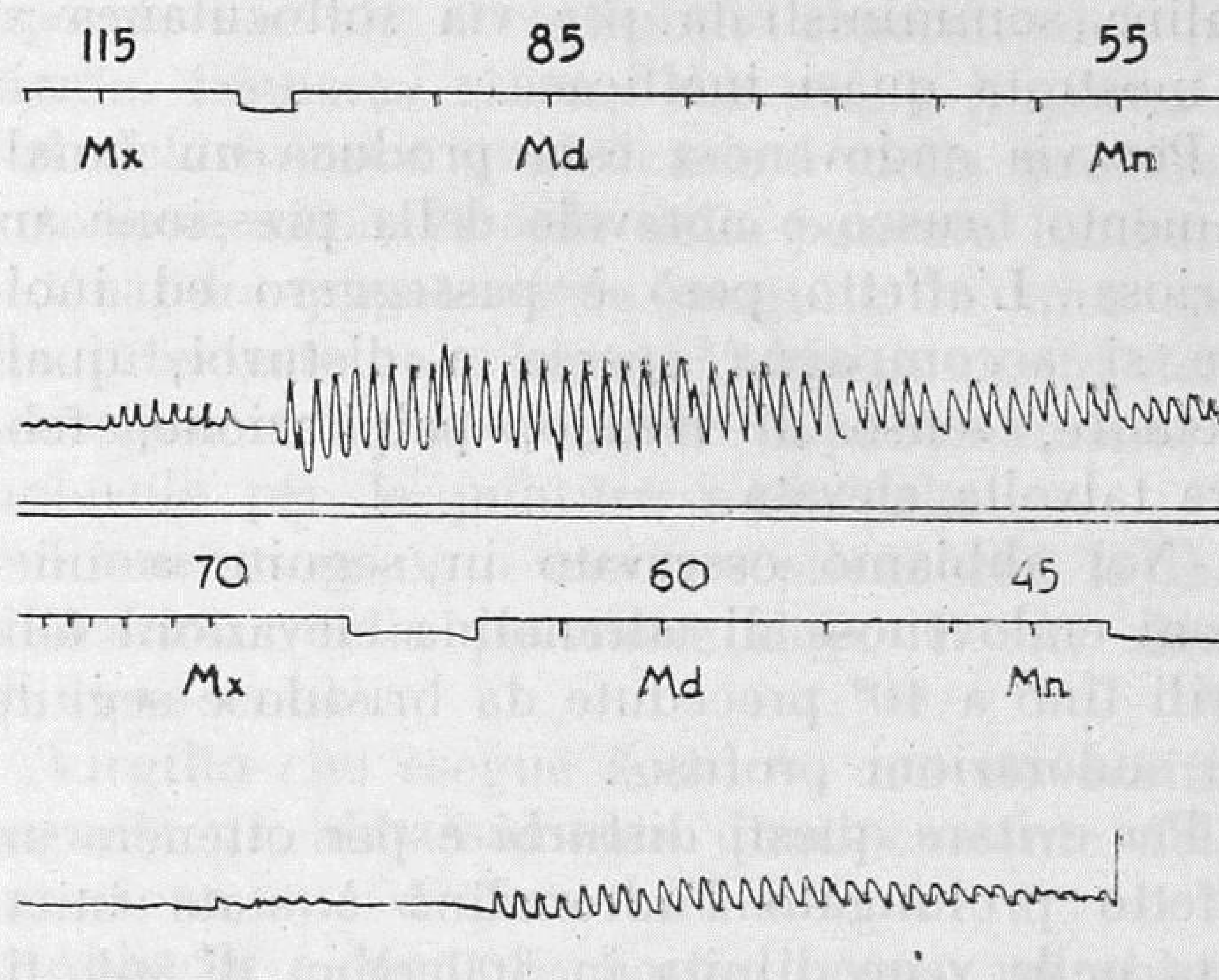


FIG. 1. — Primo tracciato: valori della pressione prima dell'operazione. — Secondo tracciato: valori della pressione (40' dall'inizio dell'operazione) dopo fleboclisi di sol. fisiologica.

La fleboclisi di soluz. fisiologica con adrenalina non ha dato risultati costanti ed uniformi. In alcuni casi mentre la Mx si è mantenuta ad un livello costante si è avuto un discreto innalzamento della Md e della Mn. In altri casi si è avuto un abbassamento della Mx mentre la Md e la Mn si mantenevano al livello iniziale.

In altri casi ancora si è avuto l'abbassamento della pressione fino alla scomparsa del polso (vedi tracciati fig. 2).

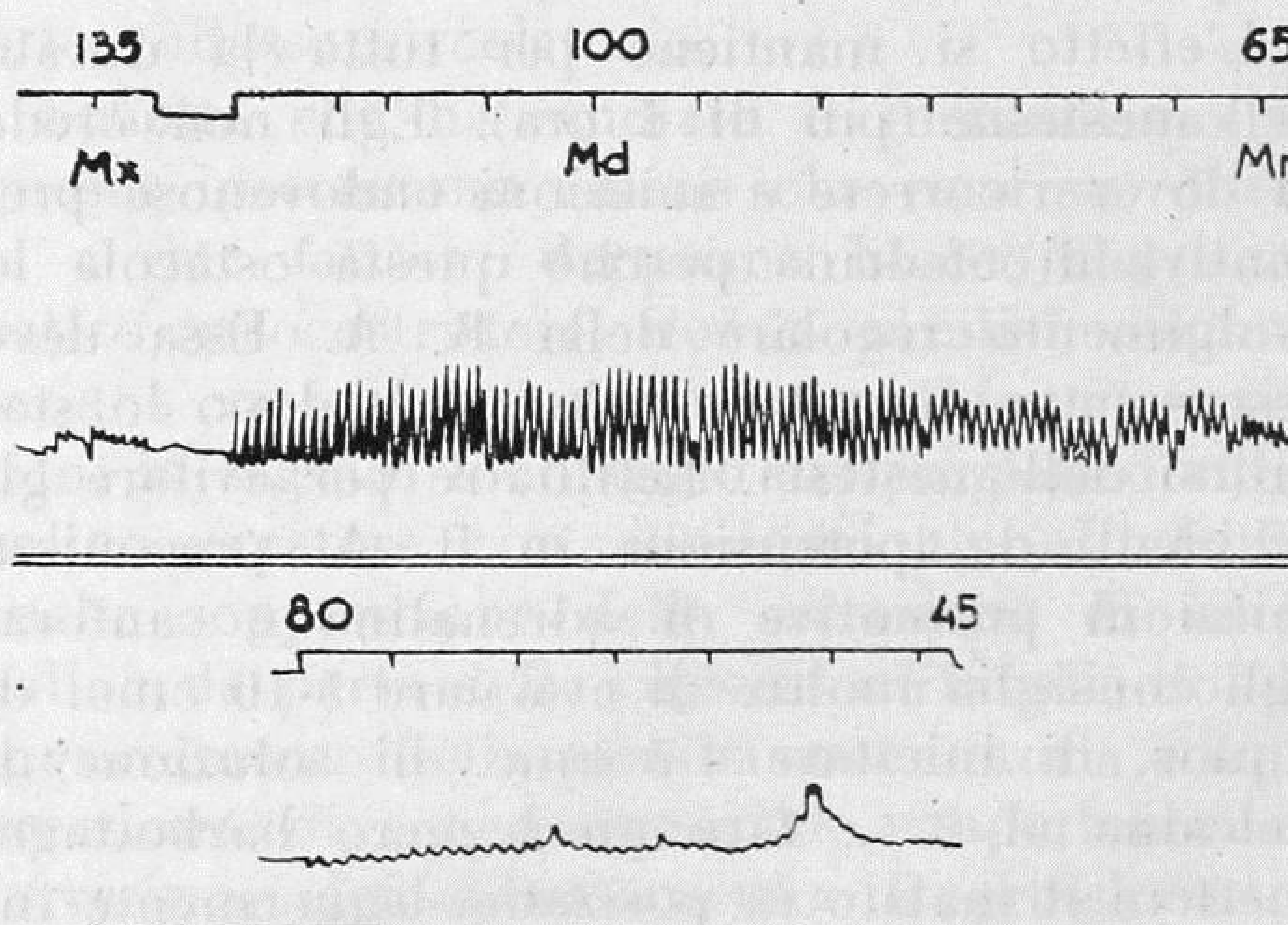


FIG. 2. — Primo tracciato: valori della pressione prima dell'operazione. — Secondo tracciato: valori della pressione (35' dall'inizio dell'operazione) dopo fleboclisi con adrenalina.

In complesso dunque l'adrenalina aggiunta alla fleboclisi ha dato risultati incostanti.

Nei casi positivi essa si è dimostrata spe-

cialmente efficace per i valori della Md e della Mn.

Le fleboclisi con soluzioni ipertoniche di Na Cl si sono mostrate nella maggior parte dei casi relativamente efficaci. Un discreto abbassamento della pressione arteriosa si è verificato con gli stessi caratteri osservati a proposito delle fleboclisi con soluz. fisiologica semplice (vedi tracciati fig. 3).

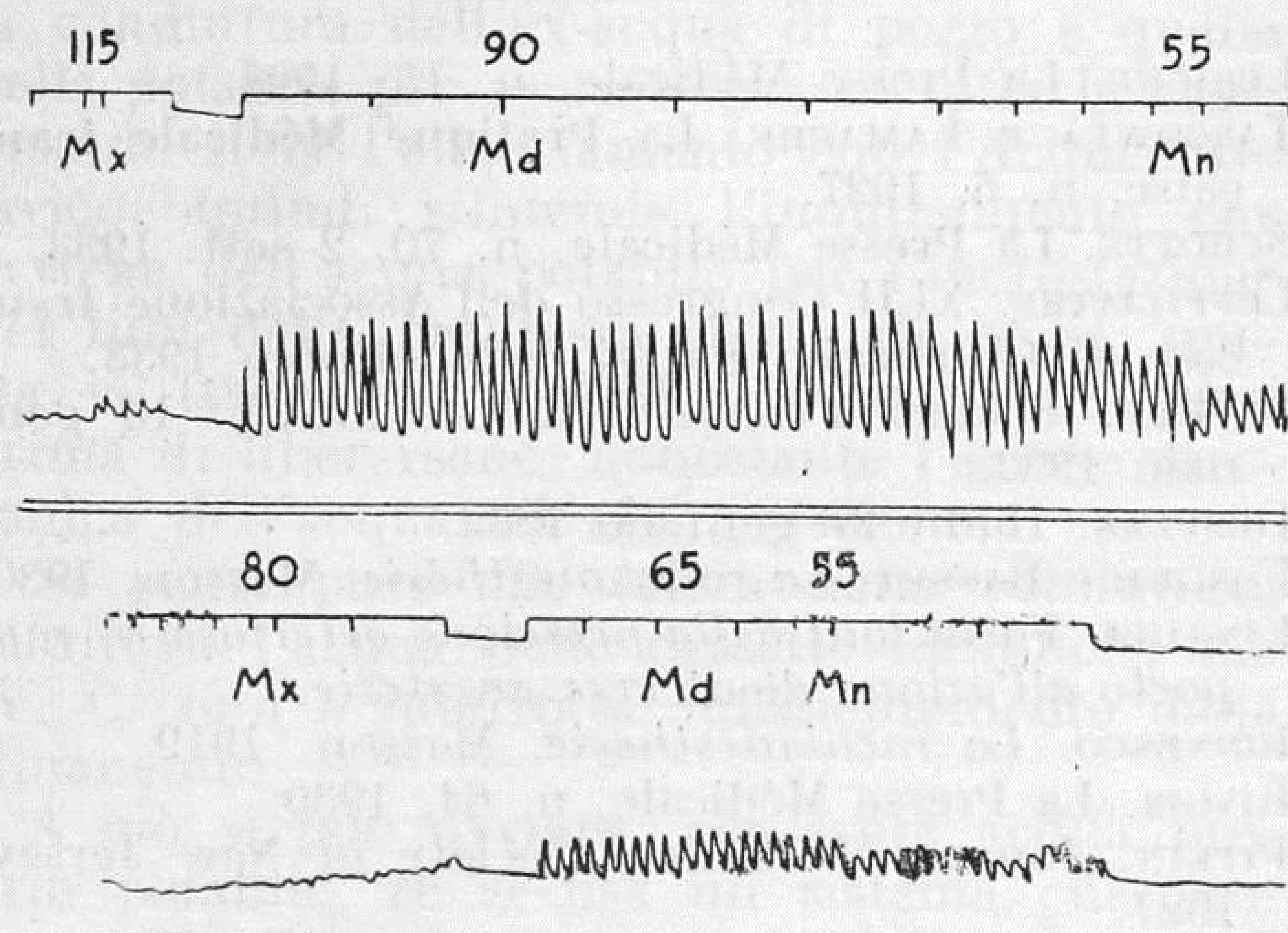


FIG. 3. — Primo tracciato: valori della pressione prima dell'operazione. — Secondo tracciato: valori della pressione (40' dall'inizio dell'operazione) dopo fleboclisi con soluzioni ipertoniche di NaCl.

Solo in due casi si è avuto un notevole innalzamento della pressione (Mx Md Mn).

In complesso la fleboclisi con l'aggiunta di Na Cl si è mostrata solo di poco più efficace della fleboclisi semplice.

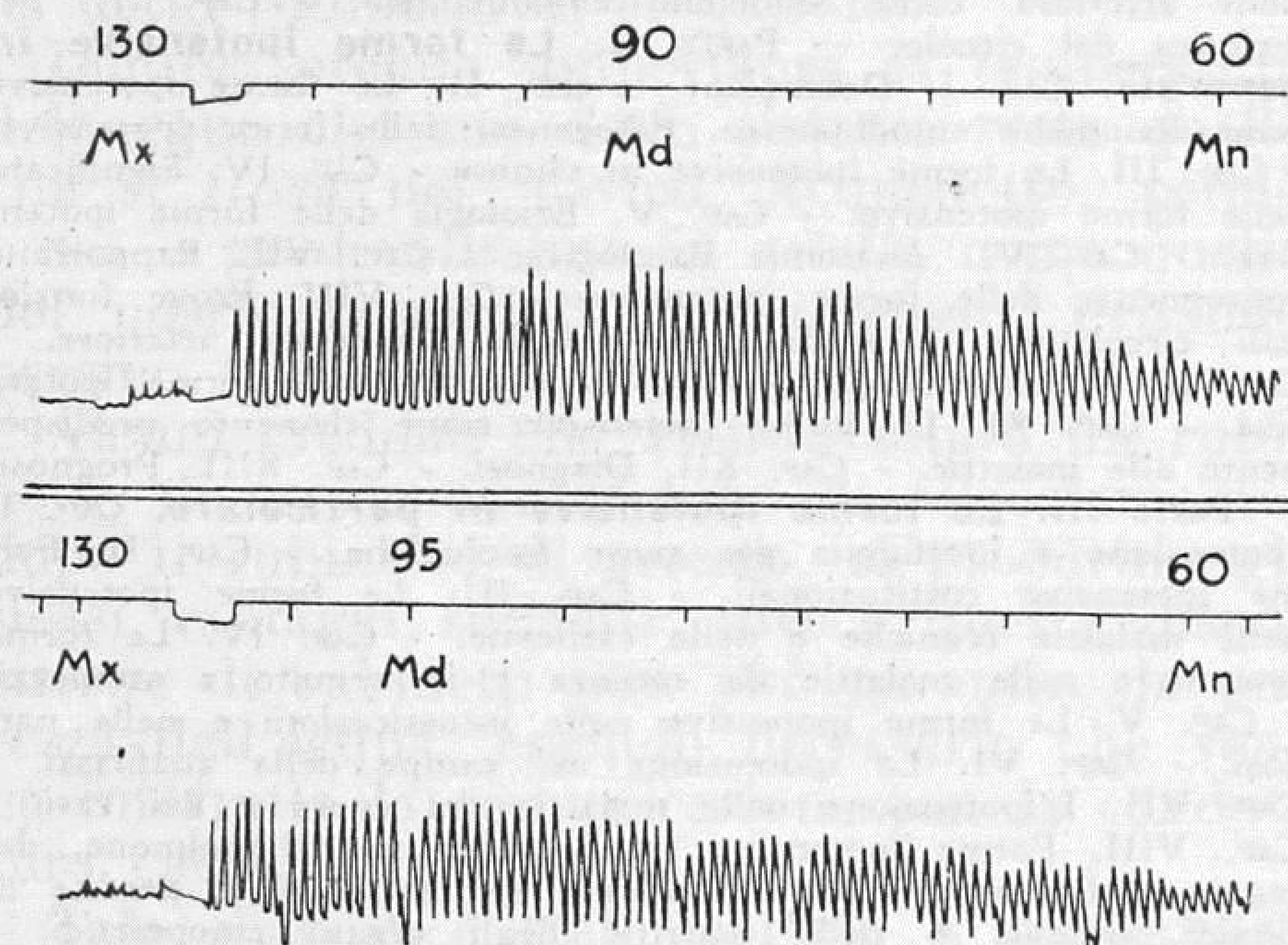


FIG. 4. — Primo tracciato: valori della pressione prima dell'operazione. — Secondo tracciato: valori della pressione (40' dall'inizio dell'operazione) dopo trasfusione di sangue (400 cmc.).

Gli stessi risultati ci ha dato la fleboclisi con glucosio (30 gr.).

Di maggiore efficacia si è mostrata la trasfusione di sangue eseguita durante l'operazione. I valori della Mx Md Mn si sono mantenuti ad un livello pressochè costante (vedi tracciati fig. 4) ed il paziente non ha accusato durante l'operazione alcun disturbo.

La fleboclisi con adrenoefedrina è quella che ci ha dato i migliori risultati. Essa costituisce un ottimo metodo per mantenere la pressione sanguigna ad un livello quasi costante durante tutta l'operazione.

L'iniezione endovenosa, goccia a goccia, di soluz. fisiologica con adreno-efedrina deve essere preferita alla iniezione endovenosa di sola efedrina. Questa provoca immediatamente un'elevazione considerevole della pressione sanguigna i cui valori superano spesso quelli

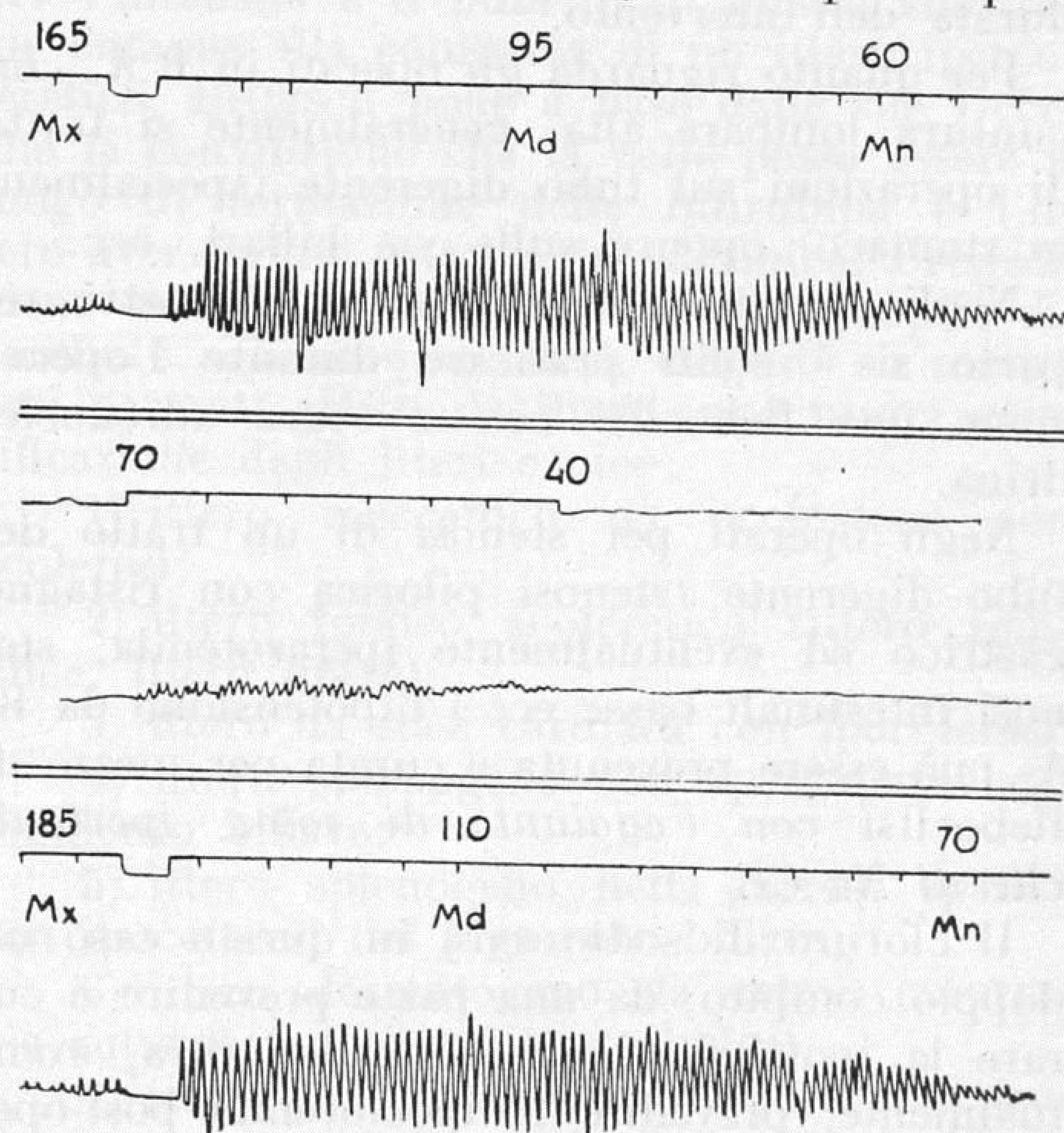


FIG. 5. — Primo tracciato: valori della pressione prima dell'operazione. — Secondo tracciato: valori della pressione 30' dopo la R. A. — Terzo tracciato: valori della pressione immediatamente dopo iniezione endovenosa di adrenoefedrina.

iniziali (vedi tracciati fig. 5). Come si vede anche dalle grafiche l'innalzamento della pressione colpisce più i valori della Mx Md, mentre la Mn è poco modificata.

CONCLUSIONI.

L'esame accurato dei risultati ottenuti ci porta alle seguenti conclusioni:

Tutti gli infermi che dovranno essere operati in R. A. debbono prima dell'operazione subire un esame accurato della pressione arteriosa. Se i valori di questa risulteranno inferiori alla norma, sarà bene praticare all'operando una iniezione preventiva di efedrina per via sottocutanea.

Se durante l'operazione la pressione tendesse ad abbassarsi, l'efedrina potrà essere ripetuta per via endovenosa, accoppiata o no ad

una fleboclisi, a seconda della durata e dell'entità dell'operazione.

Per i soggetti a pressione normale è bene distinguere quelli sottoposti a puntura lombare bassa e per i piccoli interventi (ernia, appendicite ecc.) e quelli sottoposti a puntura lombare alta e per interventi di una certa gravità (resezione gastrica, colecistectomia ecc).

Nei primi non è necessario eseguire alcuna iniezione preventiva.

L'infermo sarà sorvegliato durante l'operazione e se l'ipotensione si verificasse una iniezione endovenosa di adrenoefedrina riporterà la pressione al livello normale per tutta la durata dell'intervento.

Per quanto riguarda gli operati in R.A. con puntura lombare alta, generalmente si tratta di operazioni sul tubo digerente (specialmente stomaco) oppure sulle vie biliari, ecc.

Negli operati sullo stomaco, nel nostro reparto si è soliti praticare durante l'operazione una fleboclisi con o senza adrenoefedrina.

Negli operati per stenosi di un tratto del tubo digerente (stenosi pilorica con ristagno gastrico ed eventualmente iperazotemia, stenosi intestinali basse ecc.) l'ipotensione da R. A. può essere prevenuta e curata per mezzo di fleboclisi *con l'aggiunta di soluz. ipertoniche di Na Cl.*

Il cloruro di sodio avrà in questo caso un doppio compito; da una parte prevenire e curare la ipotensione da R.A.; dall'altra, eventualmente, prevenire la ipocloremia post-operatoria e i disturbi ad essa connessi.

Negli operati sulle vie biliari, che presumibilmente abbiano lesioni collaterali del fegato, noi eseguiamo subito dopo la R.A. una fleboclisi con 20-30 gr. di glucosio.

Anche qui con l'uso del glucosio avremo il doppio vantaggio di prevenire ed eventualmente curare la ipotensione da R.A., e contemporaneamente agire favorevolmente sugli effetti del danneggiamento subito dal fegato da parte del processo morboso.

Appare quindi evidente dal nostro studio che parecchi sono i mezzi con cui si può prevenire e curare la ipotensione da R.A.

Vari sono i fattori che concorrono a produrre il disturbo; così pure vari sono i mezzi atti a combatterlo.

Se essi verranno usati con raziocinio, i vantaggi che il malato potrà ricavarne saranno notevolissimi.

RIASSUNTO.

L'A. dopo essersi intrattenuto brevemente sulla patogenesi della ipotensione da R.A., espone i rimedi proposti dai vari AA. per la sua profilassi e cura.

Indi riporta i risultati ottenuti in un gran numero di malati operati in R.A. in cui egli ha sperimentato l'effetto di varie sostanze atte a prevenire e curare la ipotensione.

La pressione veniva registrata graficamente durante l'operazione mediante l'oscillografo.

BIBLIOGRAFIA.

LERICHE. La Presse Médicale, n. 15, 1928.
TARGOWLA e LAMACHE. La Pratique Médicale française, n. 5, 1927.
SCHOTTE. La Presse Médicale, n. 70, 2 sett. 1933.
LEFFILIATRE. XLII Congresso dell'Associazione francese di Chirurgia, Parigi, 9-14 ottobre 1933.
LEVEUF. Società Francese di Chirurgia, 13 gennaio 1932.
DESPLAS. Ibid., 27 gennaio 1932.
FORGUE e BASSET. *La rachianesthésie.* Masson, 1930.
EINAUDI. *Variazioni della pressione arteriosa in rapporto all'azione di diverse anestesie.*
IONNESCO. *La rachianesthésie.* Masson, 1919.
RIVOIR. La Presse Médicale, n. 64, 1930.
PITKIN. Journ. of Medical Society of New Jersey, 1927.
LABAT. The Journal of Amer. Med. Assoc., n. 88, p. 1135, 1927.

***Interessante pubblicazione* SEMI-GRATUITA:**

Dott. ALDO LUISADA
Assistente nella R. Clinica Medica dell'Università di Padova

Ipotensione e iposfigmia
deficienze di circolo
PREFAZIONE DEL PROF. CESARE FRUGONI

Riportiamo l'**Indice-Sommario**: INTRODUZIONE. — PARTE I. **Premesse.** CAP. I. Fisiologia del circolo. - CAP. II. La pressione arteriosa, come fenomeno emodinamico. - CAP. III. Semeiotica del circolo. — PARTE II. **Le forme ipotensive in generale.** CAP. I. Definizioni. - CAP. II. Le forme ipotensive come fenomeno emodinamico. Patogenesi delle forme ipotensive. - CAP. III. Le forme ipotensive in clinica. - CAP. IV. Significato delle forme ipotensive. - CAP. V. Eziologia delle forme ipotensive. - CAP. VI. Anatomia Patologica. - CAP. VII. Rapporti e conseguenze delle forme ipotensive. - CAP. VIII. Prove funzionali circolatorie e studi sulle arterie. Sindromi arteriose. - CAP. IX. Sintomatologia. - CAP. X. Decorso delle forme ipotensive. - CAP. XI. Le forme ipotensive come elemento predisponente alle malattie. - CAP. XII. Diagnosi. - CAP. XIII. Prognosi. — PARTE III. **Le forme ipotensive in particolare.** CAP. I. Ipotensione e iposfigmia per cause fisiologiche. - CAP. II. Forme ipotensive costituzionali. - CAP. III. Le forme ipotensive nelle malattie croniche e nelle cachessie. - CAP. IV. Le forme ipotensive nelle malattie da carenza e in seguito a strapazzi. - CAP. V. Le forme ipotensive nelle intossicazioni e nelle narcosi. - CAP. VI. La ipotensione nel campo della anafilassi. - CAP. VII. L'ipotensione nelle malattie del cuore e dei vasi. - CAP. VIII. Forme ipotensive tra le malattie del polmone, del fegato, del rene. - CAP. IX. Forme ipotensive nelle perdite di liquidi organici e nelle malattie degli organi emopoietici. - CAP. X. Le forme ipotensive nel campo delle endocrinopatie. - CAP. XI. Ipotensione e iposfigmie per cause nervose e nelle malattie nervose e mentali. - CAP. XII. Le forme ipotensive terminali. — PARTE IV. **Le forme ipotensive parziali.** CAP. I. Definizioni. Patogenesi. - CAP. II. Forme ipotensive regionali. - CAP. III. Le ipotensioni e le iposfigmie distrettuali. — PARTE V. **Terapia.** CAP. I. Mezzi chimici e fisici che stimolano gli organi dell''apparato circolatorio - CAP. II. Terapia delle debolezze circolatorie. — **Indice analitico.**

Volume di pagg. XVI-352, con 52 figure nel testo. Prezzo L. **45**, più le spese postali di spedizione.

Esclusivamente per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **30** franco di porto in Italia. Per l'Estero L. **35**.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI. Ufficio Postale Succursale diciotto, Roma.

IGIENE

Acqua potabile, sua protezione nelle case.

Prof. ERNESTO BELLANDI.

L'acqua potabile che viene portata alle case dal Civico Acquedotto non resta tale nei primi tempi dell'allacciamento, e spesso anche dopo.

Infatti in molte case vien fatta l'unione tra la conduttura dell'ex-acqua di pozzo e quella della potabile per avere acqua in tutta la casa, quando si fa l'allacciamento con l'Acquedotto civico; quindi s'intende l'inquinamento che avviene dell'acqua potabile per l'incrostazione nei tubi della pregressa acqua di pozzo; questa vi lascia un deposito, e occorrono mesi prima di liberarsene, nonostante l'azione meccanica dell'acqua ad alta pressione.

Si pensi pure che talora nella conduttura casalinga l'acqua delle cassette idrauliche nei W. C. non è interrotta sufficientemente dalla rimanente!

A ciò si può ovviare, per avere acqua proprio potabile, se si usa un sistema che protegga l'acqua che arriva potabile. Questo è semplicissimo, e appena noto diventa l'uovo di Colombo!... Consiste nel porre un *rubinetto di erogazione prima del rubinetto di arresto*, che l'Azienda del Civico Acquedotto mette al tubo di allacciamento con la casa. Allora, specialmente nei primi tempi, ed anche poi se occorre, per prelevare acqua sicuramente potabile, non si ha che chiudere il rubinetto di arresto, impedendo così la comunicazione con la conduttura casalinga, ed attingere l'acqua, dopo un po' di scorrimento da detto rubinetto di erogazione.

Inoltre prende importanza la temperatura dell'acqua che con detto sistema resta quella che si trova nel Civico Acquedotto, perciò bassa e gradevolissima in estate, come quella del nostro acquedotto a Viareggio, evitando persino l'uso del ghiaccio.

Alcuni credono che avendo subito un rubinetto di erogazione al tubo di allacciamento, dopo il rubinetto di arresto, si procurino gli stessi vantaggi suddetti; invece questa disposizione di rubinetti non può garantire la purezza dell'acqua, essendo necessario che venga interrotta la comunicazione con la conduttura casalinga.

Tale sistema è stato portato a conoscenza del signor Podestà del Comune di Viareggio, il quale, con lettera del 27-IV-35, se n'è compiaciuto, ha ringraziato l'ideatore per l'interesse suo alla salute pubblica, ed ha assicurato di disporre acciocchè esso venga applicato dall'Azienda in parola.

Anche a S. E. il Governatore dell'Urbe ne è stata data comunicazione, ed attualmente il sistema acquista anche maggiore considerazione.

Viareggio, 13-VIII-35-XIII.

SUNTI E RASSEGNE.

ITTERI.

Reazioni cutanee utilizzabili per la diagnosi degli itteri.

La reazione di Brugsch al ferricianuro potassico.

(G. MARENGO e F. MASSIMELLI. *Archivio per le scienze mediche*, ottobre 1935).

Partendo dalla osservazione che in seno ad estesi stravasi sanguigni il pigmento ematico può subire una successiva elaborazione tale da poter condurre (nello scorbuto ad esempio) per l'intensità e il numero di queste emorragie cutanee alla comparsa di un ittero ipercoleretico, Brugsch pone a base delle sue ricerche la convinzione che la pelle possa essere il luogo di formazione della bilirubina e l'ittero aver quindi una origine dermica. Brugsch viene così a proporre in base alle proprie ricerche e agli accurati studi eseguiti su numerosi pazienti affetti da ittero, una nuova classificazione degli itteri e cioè:

1) ittero meccanico da occlusione con acoleresi;
2) ittero tossico acoleretico (ittero semplice, ittero grave);
3) ittero da stasi cardiaca con ipocoleresi;
4) ittero splenogeno con ipercoleresi del pigmento biliare;
5) ittero splenogeno nella cirrosi epatica con ipocoleresi del pigmento biliare;
6) ittero dermatogeno da estese emorragie cutanee (ad esempio scorbuto);
7) ittero dei neonati da abnorme distruzione ematica in tutto il sistema reticolo-endoteliale. Questo Autore basandosi inoltre sulla diversa colorazione della cute nelle varie forme di ittero, viene quindi a considerare quattro tipi di ittero e cioè: un ittero rubinico (rubinickterus) a tinta rosso-bruna proprio dell'ittero epatossico; un ittero verdinico (verdinikterus) a tinta giallo-verde proprio dell'ittero meccanico; un ittero flavinico (flavinikterus) a tinta giallo-chiara proprio delle sindromi iperemolitiche, ed infine un ittero melanico (melanikterus) a tinta bruno-scura proprio delle forme itteriche che durano da lungo tempo e che terminano in cachessia.

Brugsch ammette che ogni qualvolta la cellula epatica sia lesa non può più avvenire in seno ad essa la trasformazione della ematina in bilirubina e ferro e questa funzione verrebbe invece assunta dalla cute, per azione vicaria. Nell'ittero epatotossico quindi si potrebbe facilmente dimostrare il ferro nella cute mediante l'iniezione intradermica di una soluzione all'1 % di ferricianuro di potassio che in presenza di ferro bivalente dà una colorazione bleu per formazione di bleu di Turnbull.

Nell'ittero da ostruzione, nel primo periodo

almeno, la cellula epatica funzionerebbe regolarmente e quindi la trasformazione dell'ematina avverrebbe in essa e sarebbe perciò negativa la reazione al ferricianuro, mentre dopo alcune settimane, persistendo il processo morboso, se interviene una insufficienza della cellula epatica, la reazione diventa positiva e anche la colorazione della cute si modifica assumendo una tinta grigio-verdastra.

Nell'ittero emolitico la reazione al ferricianuro potassico sarebbe pure negativa, essendo la tinta itterica dovuta ad un aumento di pigmenti biliari provocato da aumentata emolisi.

Per quanto poi riguarda la particolare tinta cutanea che si accompagna all'ittero melanico, è tuttora in discussione la sostanza che dà origine a tale colorito: se si tratti cioè di una melanina oppure di una sostanza nera derivata dalla ossidazione della bilirubina.

La reazione di Brugsch servirebbe quindi, secondo lo scopritore, a distinguere fra loro le diverse forme di ittero a seconda che siano queste dovute o no ad una lesione della cellula epatica e potrebbe inoltre essere usata come prova di funzionalità epatica.

Il Brugsch aveva appena pubblicato il suo lavoro che tosto da parte di vari AA. si procedette al controllo di questa reazione: la maggioranza di essi nega che essa sia dovuta alla presenza di ferro nella cute. Dalla disamina delle opinioni così incerte e disparate nei riguardi del meccanismo della reazione intracutanea al ferricianuro potassico, gli AA. sono stati indotti a studiare la reazione per osservare se questa poteva venire utilizzata in pratica per la differenziazione delle varie forme di ittero a seconda della loro natura e per portare un contributo alla questione della formazione della colorazione azzurra, se fosse essa cioè determinata da una combinazione del ferro o dovuta invece alla ossidazione della bilirubina.

Nei casi di ittero cutaneo evidente la reazione veniva praticata diverse volte in rapporto alla evoluzione della malattia. Contemporaneamente alla reazione di Brugsch veniva praticato un ponfo di acqua distillata di confronto e la determinazione qualitativa e quantitativa della bilirubina del siero.

La reazione veniva praticata iniettando nel derma 0,2 cc. di una soluzione di ferricianuro potassico all'1 %, di recente preparato. Per evitare la possibile introduzione di ferro dall'esterno nel praticare l'iniezione intradermica gli AA. hanno sempre ricorso ad aghi di platino e a siringhe di tutto vetro precedentemente lavate in acido cloridrico concentrato ed in acqua distillata. Immediatamente dopo l'iniezione si osserva la scomparsa di un ponfo che nei casi a reazione negativa era di colorito uniformemente giallognolo mentre nei casi a reazione positiva assumeva un colorito azzurro bluastro di varia intensità a seconda dei casi.

Dall'esame complessivo dei casi osservati risulta evidente come la reazione di Brugsch sia in perfetto rapporto con la qualità della bilirubina circolante: difatti a seconda della reazione dimostrata da questa di fronte al diazonio la reazione di Brugsch è positiva o meno.

Essa si presenta negativa nelle forme itteriche con bilirubinemia a reazione indiretta pronta anche con valori bilirubinemici di mmgr. 1,2 %; nelle forme itteriche con bilirubinemia a reazione indiretta ritardata anche con valori bilirubinemici massimi di mmgr. 3-4 %; la reazione si presenta pure negativa negli itteri con bilirubinemia a reazione diretta con valori bilirubinemici di mmgr. 1,8 %.

La reazione riesce invece positiva negli itteri con bilirubinemia a reazione diretta difasica anche con valori minimi di mmgr. 0,8 % e negli itteri con bilirubinemia a reazione diretta pronta pure con valori minimi di mmgr. 0,8 %.

Il siero di sangue e le urine degli individui che presentano una reazione positiva se vengono trattati con ferricianuro di potassio danno luogo a formazione di un anello blu o ad una colorazione verde-oliva diffusa.

I neonati affetti da un leggero ittero fisiologico con valori bilirubinemici oscillanti fra mmgr. 11,8 % e mmgr. 8,1 % a RIR presentano una reazione di Brugsch debolmente positiva; al contrario quelli che non presentano ittero cutaneo evidente anche con valori bilirubinemici massimi di mmgr. 12,2 % a RIR dimostrano una reazione di Brugsch negativa. Noi crediamo che questo particolare comportamento possa portare un contributo per chiarire la questione ancora indefinita sulla ragione per cui il pigmento biliare si rende manifesto nella cute dei neonati indipendentemente dai valori della bilirubinemia.

La reazione di Brugsch è dovuta alla bilirubina dei tessuti e forse anche a quella del plasma fuoriuscita dai capillari nell'ambito del ponfo provocato dall'iniezione intradermica e non alla presenza di ferro nella cute.

G. LA CAVA.

La reazione di Klein all'istamina per la diagnosi degli itteri.

(G. MARENGO e F. MASSIMELLI. *Archivio per le scienze mediche*, ottobre 1935).

Tra le azioni dell'istamina sull'apparato vasale dei mammiferi oltre a quella vaso-costrittrice sulle arterie è degna di nota l'azione capillaro-dilatatrice, forse in quanto paralizzante quelle formazioni contrattili che oggi si ammettono da taluni anche attorno ai capillari (cellule del Rouget). L'azione dilatatrice sui capillari implica poi anche enorme aumento della permeabilità della parete capillare che si lascia largamente attraversare anche dai colloidi plasmatici

Le accurate osservazioni di Dale e collaboratori dimostrano che l'iniezione di istamina è seguita da abbassamento di pressione per di-

latazione dei capillari, con buona conservazione o rinforzo dell'attività cardiaca, colorazione cianotica della pelle, aumento del volume delle estremità, ispessimento del sangue, il tutto in rapporto al fatto, osservato anche al microscopio da Hooker nell'orecchio del gatto, della costrizione arteriosa con rallentamento del circolo, dilatazione dei capillari, accumulo e ristagno di sangue nei capillari, aumento della permeabilità di questi, trasudazione di plasma dal capillari verso i tessuti. Questo fenomeno della trasudazione in seguito a dilatazione capillare spiega l'azione ponfigena dell'istamina per applicazione intracutanea. Sotto l'azione dell'istamina i capillari diventano abnormemente permeabili non solo per il liquido e le sostanze cristalloidi disciolte ma anche per le sostanze colloidi. Anche per sostanze coloranti (tripanblau, rosso Congo) iniettate per via endovenosa, i capillari diventano abnormemente permeabili sotto l'azione dell'istamina, così che viene a rendersi evidente nell'ambito del ponfo la sostanza colorante iniettata. Il passaggio di queste sostanze coloranti nel ponfo è dipendente, secondo il parere degli AA., dalla presenza di sostanze proteiche. Al fattore vasale è da attribuirsi solo un'importanza relativa: l'istamina, che determina una maggior colorazione del ponfo in seguito a sostanze iniettate per via endovenosa, provoca con ogni verosimiglianza non solo una vaso-dilatazione ma anche una maggiore permeabilità dei vasi per cui il ponfo da istamina viene così a contenere maggiore quantità di sostanze proteiche.

La diversa colorazione del ponfo da parte di sostanze iniettate per via endovenosa dipende dunque da due fattori:

1) dalla specie e natura delle sostanze coloranti;

2) dal carattere e dalla costituzione del ponfo intracutaneo.

Recentemente Klein ha osservato in forme di ittero latente ossia in quelle forme in cui la bilirubina, presente in quantità scarsa nel sangue non compare come ittero manifesto nella cute, che l'iniezione intradermica dava luogo ad una reazione pigmentaria locale.

Klein notò che se si inietta in pazienti affetti da ittero di intensità varia intradermicamente 0,1-0,2 cc. di istamina si osserva già dopo uno-due minuti dall'istillazione intracutanea nella zona immediatamente circostante al punto di iniezione la comparsa di puntini gialli e in seguito di una macchia gialla al centro finchè le zone confluiscono in chiazza unica gialla intensa, estesa a tutto il ponfo ed alla maggior parte dell'alone iperemico circostante.

La colorazione gialla persiste per circa una ora ed anche un'ora e mezza e quando già il ponfo è completamente scomparso è ancora dimostrabile una evidente colorazione dell'alone iperemico. L'A. osservò che in individui affetti da ittero latente, con aumento della bilirubinemia a valori di mmgr. 0,7-0,8 % si manifesta pochi minuti dopo l'iniezione intracutanea di istamina un ittero locale più o meno intenso. Se si inietta intradermicamente ad un itterico plasma o siero non colorato in giallo, si osserva che il ponfo che ne risulta è meno colorato di quello da istamina provocato nello stesso paziente.

Gli AA. allo scopo di studiare la reazione intradermica da istamina secondo Klein, hanno preso in considerazione un centinaio di individui alcuni normali, altri affetti da malattie diverse con speciale considerazione però alle affezioni epatiche. Nei casi di ittero cutaneo la reazione veniva praticata diverse volte in rapporto alle evoluzioni della malattia. Le modalità di tecnica degli AA. seguite non differiscono per nulla da quelle descritte da Klein.

Gli AA. hanno così potuto constatare che la reazione cutanea all'istamina è particolarmente atta per mettere in evidenza un ittero cutaneo clinicamente non manifesto.

Esiste una netta differenza nell'intensità di colorazione del ponfo all'istamina in rapporto al tipo della bilirubina circolante: nelle forme di bilirubina funzionale, espressione di lesioni a tipo emolitico, si notano le reazioni più deboli all'istamina, mentre quelle più intense, si hanno nelle forme di bilirubina da stasi, espressione di lesioni del tipo da ostruzione delle vie biliari.

La reazione riesce positiva in tutte le varie forme di ittero con valori limite di bilirubinemia di mmgr. 0,6 % e questo indipendentemente dalla reazione al diazonio presentata.

La reazione ha un evidente valore clinico non solo per la dimostrazione di stati preitterici e subitterici, ma anche per orientarsi sulla differenziazione fra forme emolitiche e forme a compartecipazione epatica o da stasi in rapporto alla maggiore o minore intensità di essa.

L'iniezione intradermica di cloridrato di morfina ha sempre dato reazioni esattamente comparabili per intensità e caratteristica, modo e tempo d'insorgenza e decorso a quelle dell'istamina. Il ponfo da morfina ha mostrato però una tonalità di colore leggermente più scura che quella da istamina.

L'iniezione intradermica di acqua distillata ha sempre dato esito negativo anche con alti valori di bilirubina circolante.

Le prove di Jegoroff (diazoreattivo) e di Brugsch (col ferricianuro potassico all'1 %) eseguite nell'ambito del ponfo hanno sempre dato esito positivo mettendo così in evidenza che la sostanza colorante in giallo il ponfo è bilirubina.

La formazione del ponfo giallo all'istamina è dovuta ai fattori complessi, fra cui l'alterata permeabilità capillare (Klein), l'attività linfagoga (Alersberg e Perutz) ed anche con ogni verosimiglianza un disquilibrio nel metabolismo cellulare dei tessuti per azione diretta dell'istamina. G. LA CAVA.

ORGANI DIGERENTI.

L'appendicite nei vecchi.

(H. Taylor. *The Lancel*, 26 ottobre 1935).

Sopra un migliaio di casi di appendicite ammessi annualmente nell'Ospedale di Londra, l'1 e ½ per cento riguarda individui di oltre 60 anni. L'A., dallo studio di 110 casi osservati in 7 anni, è stato condotto a modificare il metodo di trattamento che si segue generalmente nei giovani.

Del tutto diversi sono il paziente ed il decorso della malattia. Si tratta di un individuo a rischio operatorio tale da richiedere il minimo di manipolazioni, mentre l'appendice è quasi sempre gangrenosa o vicina a diventarlo. Nei giovani, vi è una grande variabilità nelle condizioni dell'*appendice acuta* dovuta all'esagerato rifornimento di sangue dell'organo e delle sue membrane, sicchè la necrosi si presenta sempre discutibile in ogni singolo caso. Nel vecchio, invece, i vasi appendicolari sono così inspessiti, da essere incapaci di dilatarsi e da migliorare lo stato congestizio quando se ne presenta la necessità, sicchè la gangrena si manifesta in quasi tutti i casi.

Così, di fatto, si è osservato nei 110 casi osservati: i 26 venuti all'ospedale nel primo giorno di malattia erano « ingorgati »; 21 dei 23 capitati al 2° giorno erano gangrenosi e 6 perforati, mentre tutti i 18 del 3° giorno erano gangrenosi e 13 perforati.

Inoltre, dei 31 casi, guariti senza appendicectomia soltanto 2 ebbero in seguito la recidiva di sintomi, sicchè si può ritenere che nella maggior parte l'appendice si sia staccata durante l'accesso acuto. Di fatto, nei 5 sottoposti a successivo intervento (generalmente per ernia ventrale) si trovò la totale scomparsa dell'appendice, salvo in un caso in cui essa era ridotta ad un organo parzialmente fibrosato della lunghezza di un pollice (cm. 2 e ½).

Nell'attacco acuto, la peritonite si sviluppa man mano che l'appendice evolve verso la necrosi. Quindi, nei casi veduti al primo giorno, si trovò soltanto poco liquido chiaro; ma in quelli del secondo, si aveva del liquido purulento che, nella metà dei casi era contenuto da aderenze, ma che nell'altra metà si diffondeva nella parte bassa dell'addome; in quelli del terzo, si aveva peritonite diffusa in 2/3 dei casi e formazione di ascesso nell'altro terzo, mentre tutti i pazienti che vivevano al quarto giorno ed oltre avevano un ascesso.

Si deve pertanto ritenere che il decorso quasi costante dell'appendicite acuta nei vecchi è il seguente: primo giorno, ingorgo; secondo, gangrena e peritonite locale; terzo, perforazione con peritonite generalizzata o formazione di ascesso; quarto e successivi, ascesso.

Trattamento e complicazioni.

Il problema dell'appendicite negli individui anziani si presenta quindi diverso da quello che è nei giovani. In questi ultimi, le condizioni attuali dell'appendice sono ignote, ma l'operazione immediata è necessaria per prevenire il possibile insediarsi della gangrena; il rischio operatorio è piccolo e l'appendicectomia è indicata allo scopo di prevenire le recidive di disturbi che si possono avere in un organo sopravvivente, ma danneggiato. Nel vecchio, mentre non vi è da dubitare delle condizioni dell'appendice, la sicurezza che si ha necrosi esclude la possibilità di recidive e, d'altra parte, il notevole rischio operatorio diventa il fattore decisivo della terapia.

Vi sono due grandi pericoli da considerare: la peritonite generale, come risultato della malattia e la polmonite come risultato del trattamento. Si può, con un certo ardire, affermare che la necrosi, di per sè, non costituisce un pericolo per la vita a meno che non provochi una peritonite diffusa. Se il processo è già localizzato in un ascesso palpabile, il trattamento non operatorio costituisce il sistema migliore; in 15 casi così trattati, si ebbero soltanto 2 morti per embolismo polmonare, una complicazione che d'altra parte, non si sarebbe potuta evitare con l'intervento.

Ma nei casi più acuti, senza ascesso, veduti al terzo giorno o prima, lo studio dei suoi casi conduce l'A. a concludere che si ha una uguale probabilità dello sviluppo di peritonite diffusa che, una volta generalizzata, è sicu ramente fatale. L'operazione è, pertanto, necessaria allo scopo di prevenire la diffusione del liquido purulento, ma non è necessario per questo di asportare l'appendice. Un tubo di drenaggio collocato accanto ad essa impedisce la pressione del liquido essudato, che è la sola causa della sua diffusione. Si formano così delle aderenze ed il liquido come pure la sostanza necrosata si scaricano nella medicatura.

Di primo acchito, la differenza fra questo ed il consueto modo di procedere può non sembrare notevole, ma si deve tener presente che nel vecchio non si deve asportare l'appendice, ciò che invece è consigliabile nelle altre condizioni. Nel vecchio, basta quindi una piccola incisione sopra la fossa iliaca, di tale grandezza da ammettere dapprima il dito esploratore e poi il tubo da drenaggio, in modo da non disturbare l'intestino. Inoltre, non è necessario un completo rilasciamento della parete addominale e quindi si può adottare un procedimento modificato di anestesia, mentre l'asportazione dell'appendice esige un completo rilasciamento, che non è ottenibile che con un'anestesia generale o spinale, con tutti i rischi relativi. L'incisione deve essere di ampiezza adeguata e tutte le aderenze protettive vengono inevitabilmente distrutte quando il cieco e l'appendice sono liberati alla loro superficie. Quindi, non soltanto si devono evitare lo strapazzo operatorio e le complicazioni dell'anestesia, ma anche il pericolo della diffusione della peritonite durante l'opera-

zione. Questo si deve soprattutto tener presente quando l'operazione viene discussa nei giorni critici (secondo e terzo) in cui si incominciano a formare le aderenze. Dei casi terminati con la morte, il 70 % è stato operato in queste condizioni e l'autopsia ha dimostrato che la peritonite, localizzata al momento dell'operazione, si era in seguito generalizzata. Nei vecchi l'organismo compie degli sforzi per limitare la peritonite mediante aderenze, ma queste vengono rapidamente distrutte man mano che il pus si diffonde, sebbene la sorgente di questo sia stata rimossa.

RISULTATI OTTENUTI.

Dei 110 casi, si ebbero 22 morti (20 %), con autopsia in 15. Eliminando 2 casi non operati e 4 ammessi già moribondi, rimangono 16 casi, tutti consecutivi all'appendicectomia. Di questi, 9 apparivano in cattive condizioni, con liquido purulento nella pelvi, ma 7 sono descritti come « non cattivi », con leggero aumento della temperatura e del polso e senza peritonite diffusa. Vi furono 8 morti per peritonite generale con ileo paralitico; in nessuno il liquido era diffuso al momento dell'operazione ed in 4 era anzi chiuso da aderenze (e questi con una terapia conservativa si sarebbero certamente salvati). Vi furono 4 morti per broncopolmonite, 2 dopo anestesia spinale e 2 dopo etere ed indubbiamente l'anestetico ha contribuito allo sviluppo della complicazione. Le altre morti sono dovute ad embolismo polmonare, setticemia, occlusione intestinale meccanica e fistola intestinale persistente (le 3 ultime consecutive ad appendicectomia difficile). Le 16 morti sono quindi in parte dovute al tipo dell'operazione eseguita.

Degli 88 casi che sono sopravvissuti, 13 erano ascessi guariti senza operazione. In 57 casi, i pazienti sono descritti come in condizioni non cattive, mentre 18 erano in cattivo stato; di questi, 13 furono salvati col semplice drenaggio e 5 con l'appendicectomia. In complesso, fra tutti i 64 pazienti « non cattivi » si praticarono 59 appendicectomie, con 7 morti, una mortalità troppo elevata del 12 %, mentre nei 5 casi operati con semplice drenaggio non si ebbe nessun morto. Fra i 31 « cattivi », la mortalità dopo appendicectomia fu del 64 % mentre, dopo il semplice drenaggio, del 24 %.

Va inoltre considerata la possibilità della fistola intestinale, che non si ebbe mai dopo il semplice drenaggio.

Per quanto riguarda la tecnica dell'operazione, l'A. fa osservare che l'elevata mortalità nei pazienti in cui si era praticata l'incisione mediana: 40 % in confronto del 10 % nei casi ad incisione iliaca destra. Con la prima, la diffusione del pus è più facile; essa è dunque ammissibile nel caso di diagnosi dubbia, ma è sconsigliabile quando questa sia sicura.

Per quanto riguarda l'anestesia, che come si è detto non è necessario che sia profonda, per il semplice drenaggio, l'A. consiglia la somministrazione preventiva di omnopon-scopolamina, l'anestesia con ossigeno e gas, con il giudizioso uso dell'anidride carbonica per regolare la ventilazione polmonare. Con tale sistema, si diminuisce la congestione polmonare, mentre i bronchi non vengono infiammati dai vapori irritanti, sicchè le complicazioni toraciche sono ridotte al minimo.

fil.

Il cancro del colon ad inizio atipico.

(M. CHIRAY e G. ROSANOFF. *La Presse Médicale*, n. 87, pag. 1689, 1935).

Gli AA. dopo aver rilevata la frequenza con cui il cancro del colon spesso non si manifesta all'inizio con sintomi che possano fare rivolgere l'attenzione del medico a tale malattia (costipazione associata a diarrea e ad emorragie), enumerano le varie forme atipiche con cui essa può invece presentarsi:

1. *Forme a inizio febbrile*, simulanti una malaria, una colecistite, una febbre tifoide e da riportarsi, per quanto riguarda l'etiologia, alla stasi intestinale, anche modica, che rafforza la virulenza dei germi e l'elaborazione delle tossine, mentre che le alterazioni della mucosa e le ulcerazioni di quest'ultima ne favoriscono il riassorbimento.

2. *Forme ad inizio intestinale senza caratteri di cancro*:

a) *le forme pseudo-appendicolari*, con crisi dolorose alla fossa iliaca D, vomito e difesa alla pressione sul punto di Mac-Burney, e infine con la presenza di una massa dolente, situata nella fossa ileo-cecale;

b) *le forme pseudo tubercolari*, specialmente in corrispondenza della fossa iliaca D, con la presenza di collezioni purulente a carattere flemmonoso;

c) *le forme a inizio spasmodico*: con costipazione, dolori intermittenti dovuti a spasmi del colon, che talvolta sono anche visibili e palpabili;

d) *le forme colitiche* con una sintomatologia simile a quella di una banale enterocolite, o anche di una colite o pericolite segmentaria;

e) *le forme mascherate da un mega- o dolicocolon;*

f) *le forme diverticolari* con segni tali da far pensare ad una diverticolite.

3. *Forme a inizio viscerale extra-intestinale*:

a) *Forme pseudo-vescicolari*: sono specialmente i cancri dell'angolo D del colon che simulano una colecisti dura e dolente, specialmente quando si accompagnino a crisi dolorose e a febbre. Talvolta anche ad ittero dovuto a compressione delle vie biliari;

b) *le forme a inizio dispeptico* con i soli segni di una banale gastrite, oppure di una sintomatologia che ricorda quella del cancro dello stomaco, sopratutto del piloro e della grande curvatura. Talvolta anche con i sinto-

mi di una ulcera gastrica. La diagnosi di queste forme pseudo-gastriche è in alcuni casi molto difficile;

c) *le forme simulanti un addome acuto*: oltre a casi che s'iniziano con una occlusione intestinale, cosa che si può dire rappresenta però la regola, ce ne sono altri in vero molto rari, in cui una perforazione di un cancro silente ha dato luogo ad una peritonite acuta generalizzata;

d) *le forme ad inizio renale*: con disturbi urinari (anuria o piuria con fenomeni cistitici, ematuria, febbre ecc.) che hanno fatto porre la diagnosi di rene mobile oppure di pielonefrite, di flemmone pielo-nefritico, di tumore della vescica ecc.;

e) *le forme ad inizio genitale*: frequenti specialmente nelle donne, che hanno fatto porre diagnosi di salpingite ecc.;

f) *le forme metastatiche dei tumori del colon*: un cancro secondario del fegato è spesso rivelatore di un neoplasma latente del colon. Secondo gli AA., rare sono invece le metastasi polmonari; essi ne hanno però osservato un caso in cui per i segni clinici e radiologici, essendo il p. esente da qualsiasi disturbo intestinale, avevano posto la diagnosi di aortite e mediastinite sifilitica e che, venuto a morte per una intercorrente bronco-polmonite, mostrò all'autopsia la presenza di un cancro del colon ascendente con metastasi nei polmoni e nelle ghiandole mediastiniche.

Gli AA. terminano concludendo come in questi casi a inizio atipico, la diagnosi non possa esser fatta che per esclusione dopo aver utilizzate tutte le risorse della Clinica, del laboratorio e specialmente della radiologia, e affermando l'importanza di quest'ultima in special modo quando gli esami radiologici sono più volte ripetuti. G. GENTILE.

ZONE LIMITI.

Dermatologia e neurologia.

(A. MARCHIONINI. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*. Annata VII, fasc. 10, 1935).

L'A. in questo suo lavoro riassume le pubblicazioni più notevoli, apparse nella seconda metà del 1934 e nella prima del 1935, sui rapporti fra malattie cutanee e sistema nervoso.

Dopo un rapido esame dei più recenti studii sulla innervazione della cute e dei suoi annessi (G. Truffi) e sull'anatomia patologica del sistema nervoso periferico e centrale in alcune malattie della pelle (« *prurigo nodularis* », *malattia del Recklinghausen*), mette in evidenza i risultati delle moderne ricerche cliniche farmacologiche, batteriologiche, sierologiche, sul « liquor » (fra gli italiani Midana, Monacelli e Montesano j.) che permettono di riconoscere quanta parte si debba assegnare al sistema nervoso nelle genesi di molte dermatosi, nonchè l'influenza di fattori psichici (da accogliersi peraltro non senza qualche riserva), dell'isteria ecc. su di esse.

Dal *punto di vista clinico* sono riferite parecchie interessanti osservazioni. Laignel-Lavastine e Liber hanno osservato in quattro conducenti di grossi carri a motore Diesel una dermatite follicolare con localizzazione simmetrica nelle ascelle, nella regione interna delle braccia, al basso ventre, nelle regioni inguinali e glutee ed alle estremità inferiori. L'esame istologico mostrava un infiltrato infiammatorio, peripilare in gran parte, con iperplasia dell'epidermide. Ciò che, peraltro, poteva interessare il neurologo, era la contemporanea presenza in questi soggetti di sintomi cerebrali (vertigini, cefalea, vomito) durante il loro servizio e talvolta, a lavoro finito, un'andatura barcollante con un fugace senso di disorientamento.

L'esame neurologico non faceva rilevare alcunchè di notevole e la sindrome veniva riferita ai prodotti di combustione degli olii pesanti che rapidamente possono accumularsi nello spazio ove siede l'autista.

Gli AA. scorgono qui non solo un pericolo per chi ne è colpito, ma anche per la sicurezza del pubblico e ad esso occorrerebbe mettere riparo, sia ientificando l'agente tossico, sia provvedendo ad una migliore aereazione dello spazio riservato all'autista.

In alcuni casi di *edema angioneurotico di Quincke* e di *orticaria*, Bogaert ha osservato durante l'accesso gravi sintomi oculari e vestibolo-cerebellari. In uno dei casi si trattava di una donna, madre di un bambino mixedematoso, che presentava essa stessa fenomeni di ipertiroidismo ed in cui l'edema angioneurotico era combinato con tipica emicrania oftalmoplegica (Charcot). Nella letteratura riportata da Bogaert vengono ricordati come manifestazioni di una *orticaria cerebrale*, fatti di emianopsia, neurite ottica, emiplegia ed inoltre, dolor di capo, sonnolenza, disturbi ponto-bulbo-cerebellari e persino lesioni a carico dei nervi cerebrali.

Nei casi di Bogaert erano specialmente presi l'oculomotore ed il vestibolare. Le alterazioni cutanee a volte accompagnavano, a volte seguivano i fenomeni cerebrali.

Bogaert conclude che anche alla parte nervosa dell'ectoderma bisogna riconoscere una certa capacità allergica.

Dérot descrive sintomi analoghi oservati in alcuni casi di *orticaria da strapazzo*. In alcuni soggetti che « experimenti causa » avevano fatto una lunga corsa, si ebbe dolor di capo, vertigini, nausea, vomito, persino un fenomeno di collasso con dispnea asmatiforme e, come sintomi ulteriori, abbassamento della pressione, albuminuria, alterazioni del sangue.

L'etiologia di queste forme di «orticaria» non era unica. Una parte dei soggetti presentava una speciale diatesi colloidoclasica: asma, febbre da fieno e l'eruzione poteva considerarsi come dovuta ad alterazioni umorali (pro-

dotti del ricambio in prima linea) determinate dall'aumentato lavoro muscolare: negli altri fu riscontrata una notevole eccitabilità del sistema nervoso ed una conseguente speciale reattività dei vasi cutanei da attribuirsi essenzialmente al sistema neuro-vegetativo ed endocrino (soprattutto ipertiroidismo).

De Biasio descrive un'*orticaria* con disposizione metamerica dell'eruzione, la quale parlerebbe per un rapporto fra l'orticaria stessa ed il sistema neuro-vegetativo.

Tra le anomalie di conformazione che spesso colpiscono insieme cervello e cute, va ricordata la *malattia di Pringle* ed in essa, oltre i tipici nevi delle glandole sebacee, diverse altre manifestazioni cutanee. Studii recenti fanno riconoscere come anche gli occhi e le mucose possano essere colpiti in modo caratteristico, così che il quadro morboso complessivo si delinea sempre più come quello di un'affezione sistematizzata.

Negli occhi, v. d. Hoeve per il primo descrive, in questa malattia, dei tumori cistici della retina, a mo' di bacca di mora bianca. Kuchenmeister recentemente ha descritto in un uomo di 20 anni con le caratteristiche manifestazioni cutanee del morbo di Pringle, delle piccole neoformazioni cistiche nella retina, grigie, riempite, a guisa di glandole, di uno speciale materiale, trasparenti così da non nuocere al « visus ». Nulla dal punto di vista psichico e neurologico. Si constatarono invece alterazioni dell'intestino retto (già segnalate da Ricker e Schwalb) ed anche della vescica ove non erano mai state descritte (nodosità grosse come una lenticchia, emisferiche, di colorito rosso rilucente, sparse irregolarmente sulla mucosa rettale, che all'esame rettoscopico potevano seguirsi fino alla « plica terminalis »: nella vescica si osservarono manifestazioni analoghe, soprattutto sulla mucosa del fondo).

Anche sull'*angiomatosi cerebro-trigeminica*, altra malattia di questo gruppo, esistono ricerche recenti in tale senso. Nel caso, riferito da Della Torre, di un giovanetto di 12 anni con esteso nevo vascolare della metà sinistra del volto e del cuoio capelluto, esisteva un angioma parieto-occipitale del cervello con epilessia jacksoniana: la trapanazione con successiva legatura di alcuni fra i principali tronchi venosi dette una diminuzione degli attacchi in intensità e frequenza.

In un caso analogo di Grütz (bambino di 3 anni e mezzo) si ebbe uno spontaneo impallidimento dell'emangioma: gli attacchi epilettiformi poterono essere dominati con somministrazione di luminalette.

Nella *malattia di Recklinghausen* (neurofibromatosi multipla) sono state riscontrate da Pellegrini (*Arch. di Ortopedia*, 1933) alterazioni ossee (decalcificazioni, cisti nella dafisi delle ossa nelle estremità inferiori, come quelle già descritte da Brooks e Lehmann). Nel caso di Pellegrini queste alterazioni scomparvero dopo 5 anni, senza essere più constatabili nè anche all'esame röntgenologico mentre le altre manifestazioni della neurofibromatosi erano invece venute aumentando.

Valentin e Mestern hanno descritto il caso di un uomo appartenente a famiglia nella quale da tre generazioni dominava una disostosi cranio-clavicolare e affetto egli stesso da tale deformità. Quest'uomo sposò una donna, affetta, a sua volta, da morbo del Recklinghausen e ne ebbe quattro figli: due con la stessa disostosi ossea e malattia del R. insieme: uno con la sola disostosi; il quarto sano.

Molte dermatosi seguono, nella frequenza con cui sogliono insorgere, il corso delle stagioni e fra queste le *malattie erpetiche*. Lo « *zoster* » è più frequente nell'inverno ed è raro in autunno. L'« *herpes* » labiale ed il facciale raggiungono il loro massimo di frequenza nell'inverno: l'« *herpes* » progenitale invece nell'autunno.

Per lo zoster è da notare altresì che la sua maggiore o minore frequenza è anche in rapporto con l'età e raggiunge il suo massimo verso i 50 anni. In quanto alle regioni su cui suole presentarsi, esse vanno in quest'ordine decrescente: reg. dorso-pettorale, dorso-addominale, facciale, cervico-brachiale, lombo-femorale, lombo-inguinale, occipito-cervicale, sacro-ischiatica, cervico-sottoclavicolare, sacro-genitale.

Fra le malattie nervose meno frequenti che decorrono con alterazioni cutanee è da ricordare il *morbo di Cushing* (adenoma basofilo del lobo anteriore dell'ipofisi) studiato da Raab anche all'autopsia. Si osservano qui, specialmente al volto, al collo ed al tronco accumuli di grasso, mentre le natiche e le gambe ne sono esenti; lo speciale aspetto del volto, tumido, a mo' di «luna piena»; le «striae cutis distensae » non spiegabili col solo aumento del tessuto grasso sottocutaneo; ipogenitalismo con amenorrea, o rispettivamente, impotenza, ed organi genitali esterni normali; ipertricosi (nelle donne: al mento, alle mammelle, « linea alba » ecc.); emorragie cutanee (anche ematuria); pigmentazione della pelle (p. es. colorito rosso-bruno del volto); acrocianosi; diminuita resistenza contro le infezioni (foruncoli, ascessi, flemmoni).

Milian ha descritto recentemente sotto il nome di *eritema sclero-edematoso con miopatia e miastenia* un nuovo quadro morboso osservato in una donna di 43 anni, completato da una seconda osservazione anche in una donna presentante fenomeni a cui egli dà il nome di *eritroedema miastenico*. In ambedue le donne si aveva notevole edema ed arrossimento della cute delle palpebre, del naso e del tronco combinato con astenia, come negli addisoniani, e disturbi nella deglutizione, atrofia dei muscoli della spalla e delle braccia senza reazione degenerativa, aumento di t. sino a 38°. La morte sopravvenne insieme con la paralisi di molti nervi cerebrali.

Milian attribuisce questa forma di dermatosi combinata con lesioni muscolari e nervose ad una poliomielite subacuta con partecipazione del bulbo.

L'A. ricorda qui una precedente osservazione di Wartemberg che, in un malato di tumore cerebrale, ebbe a notare un intenso prurito del naso. In tre osservazioni successive (due tumori ed un ascesso del lobo temporale) si notava pure fortissimo prurito nasale, presente anche negli stati di profonda sonnolenza. Il prurito del naso viene attribuito a parestesie olfattive in seguito all'affezione del lobo temporale in cui ha notoriamente sede il centro dell'odorato, e sarebbe perciò un sintoma importante per la diagnosi di affezioni del lobo stesso.

Per analogia vengono ricordati i lavori di Zengeler e Nicoloff sulla *meningite gonorroica*, rara localizzazione del gonococco, per lo più in soggetti dai 19 ai 30 anni ed anche in bambine affette da vulvo-vaginite blen. e nei lattanti con oftalmorrea blen. In alcuni casi fu possibile isolare il gonococco dal sangue e dal « liquor ». I sintomi meningei fanno riconoscere un tipo comatoso, delirante, convulsivo: prognosi seria (tre morti su dieci). Lo stesso dicasi per certe forme di mieliti, di natura blenorragica esse pure, nelle quali però non si è potuto mai dimostrare il gonococco ed in cui la diagnosi è possibile solo escludendo altre cause morbose.

Terapia. Non abbiamo mezzi di sicura efficacia contro i casi gravi di « herpes zoster ». Sono stati recentemente sperimentati con qualche successo i preparati acridinici (gonacina, pymecral) specialmente per i forti dolori nevralgici; le iniezioni di pituitrina, di vaccineurina associate al « liquor » dello stesso soggetto ecc.

Nelle diverse forme di prurito Tacke consiglia, come analgesico con azione sui centri, l'optalidon: nel prurito ano-genitale (che spesso lascia, come relitto, una leucodermia); è stata notata da alcuni AA. una ipo- o anacidità del succo gastrico che dà poi luogo ad atrofia della mucosa dello stomaco. Si consiglia in questi casi un'intensa cura con ossalato di ferro.

Nella *sclerodermia diffusa* è stato da Oba usata con successo la « hypophorin », preparato giapponese di lobo anteriore della ipofisi, in una giovane di 26 anni nella quale con l'esame ai raggi Röntgen era stato constatato un deficiente sviluppo dell'ipofisi, e che dopo poche settimane di cura già presentava un miglioramento obbiettivo e nella motilità delle superficie malate.

Secondo Mourrut in un bambino di due anni e mezzo affetto da *acrodinia* le iniezioni di acetilcolina avrebbero dato buoni risultati.

La Röntgenterapia ha molteplici indicazioni in questo campo (irradiazione del simpatico nei *disturbi vasomotorii* delle *grosse e piccole arterie* con vasocostrizione: acroparestesie, eritromelalgia, morbo di Raynaud, arterite obliterante dei vecchi e diabetica, tromboangioite obliterante di Bürger, disturbi circolatorii post-traumatici, diversi processi ulcerosi trofici di incerta etiologia). Scarsi risultati invece si hanno nei processi dovuti a stasi venose (p. es. acroasfissia).

Guarini ha ottenuto con l'irradiazione paravertebrale la guarigione in un caso di *cheratodermia palmare e plantare*, e miglioramento in casi di *eczema ipercheratosico, morbo di Raynaud, zoster* nello stadio acuto ecc.

Anche i recenti tentativi di psicoterapia vantano buoni risultati.

In 4 casi di *psoriasi*, ribelli alle consuete cure fisiche ed ai soliti unguenti, in soggetti neuropatici ed in parte con note d'isterismo, in tre dei quali la malattia cutanea era comparsa dopo gravi traumi psichici, Wisch con la sola cura ipnotica, ha avuto una guarigione e due notevoli miglioramenti. Secondo questo A. la suggestione ipnotica provocherebbe degli stati emotivi i quali a loro volta influenzando lo stato di nutrizione della cute darebbero luogo alla scomparsa delle efflorescenze.

Rogerson in 12 bambini con forme di *eczema cronico* combinato con asma, nei quali tutti gli altri metodi di cura erano stati sperimentati senza successo, avrebbe ottenuto con metodi psicoterapeutici notevoli miglioramenti nella maggior parte dei casi, ed in qualcuno anche la guarigione.

Rogerson però fa rilevare che non basta curare solo il bambino malato, ma occorre comprendere nel trattamento psicoterapico anche le persone che lo circondano parendo innegabile il loro influsso psichico sulle esacerbazioni della dermatosi.

V. Montesano.

Le neuro-anemie.

(L. Larnelle e L. Massion-Verniory. *Paris Médical*, 5 ott, 1935).

Sintomi nervosi. — I sintomi nervosi delle neuro-anemie secondo la parte dell'apparecchio nervoso che è interessata, possono realizzare il quadro della mielite funicolare, quello della polineurite oppure delle sindromi mentali.

Nella mielite funicolare i cordoni posteriori e laterali possono essere lesi isolatamente o più spesso contemporaneamente. In quest'ultimo caso la sintomatologia realizza quella delle sclerosi combinate del midollo. È la forma più frequente. In realtà si tratta di una mielosi, cioè di una degenerazione e non di un processo infiammatorio. Inizia raramente con una paraplegia spastica, più spesso con una sindrome cordonale posteriore: la sindrome delle fibre radicolari lunghe di Dejerine, caratterizzata da andatura atassica, ipotonia degli arti inferiori con abolizione dei riflessi

tendinei, integrità dei riflessi cutanei, abolizione del senso vibratorio, alterazione del senso delle attitudini, Romberg. È in questo stadio cordonale posteriore che i malati vengono abitualmente a consultare il medico.

Gli AA. insistono sul fatto che le parestesie sono un sintomo costante all'inizio della malattia.

Già durante questo stadio la diagnosi è possibile se si ha cura di saggiare la sensibilità ossea al diapason. I disturbi della sensibilità superficiale (iper- ipo- od anestesie a predominanza distale) compaiono più tardivamente e possono internare le sensibilità superficiali sia parzialmente sia globalmente.

Il quadro clinico abituale della mielite funicolare comporta pertanto tre tappe: 1) sindrome parestesica e delle vie lunghe (più raramente paraplegia spastica); 2) sclerosi continuata, in cui alla sindrome cordonale posteriore si aggiungono i disturbi della serie piramidale; 3) mielite trasversa terminale. La durata va da qualche mese ad un anno e più.

I casi di polineuriti anemiche sono rari e si riscontrano puri o associati ad una lesione del midollo.

I disturbi mentali non sono caratteristici. Si osservano stati depressivi o maniaci, deliri spesso sotto forma di persecuzioni, ma il disturbo della coscienza non è profondo. Questi disturbi si osservano isolati oppure nel periodo terminale della sclerosi combinata.

Alterazioni ematiche. — Se la formula sanguigna più frequentemente osservata nel corso della anemia è quella dell'anemia perniciosa criptogenetica, bisogna sapere che disturbi nervosi si riscontrano nel corso di anemie che non presentano il quadro dell'anemia perniciosa di Biermer: anemie perniciose secondarie, anemie che per certi aspetti si apparentano alle anemie perniciose, anemie semplici, anemie aplastiche criptogenetiche o secondarie a stati tonici, infettivi, cachettici o carenziali, cloro-anemie e anche leucemie.

Riguardo ai *rapporti fra l'anemia e i disturbi nervosi* essi possono essere variabili. Agli estremi, si notano le anemie senza disturbi nervosi e le mieliti funicolari senza anemia. Fra le due, tutte le combinazioni sono possibili.

La forma classica della sindrome neuro-anemica è realizzata sia dalla forma anemo-nervosa sia, e più spesso, dalla forma anemo-neuro-digestiva, dalla associazione cioè dei disturbi sanguigni, nervosi e gastrici che realizzano al completo il quadro della sindrome di Lichtheim.

Se in un buon numero di casi l'anemia precede l'instaurarsi dei disturbi nervosi, non è eccezionale che questi ultimi precedano, e gli AA. pensano che questo fatto clinico sarebbe più frequente se i disturbi nervosi fossero ricercati sistematicamente e con rigore negli stati anemici. Un altro fatto clinico notevole è la precocità di comparsa della sindrome digestiva; la glossite di Hunter e l'acloridria esistono spesso quando i disturbi nervosi e l'anemia sono appena accennati.

La *diagnosi* deve essere precoce; il ricupero sarà tanto più marcato quanto più la terapia sarà diretta contro disturbi nervosi recenti. Durante lo stadio iniziale della sindrome neurologica la presenza di parestesie persistenti delle mani e degli arti inferiori e la ricerca del senso vibratorio al diapason possono fornire utili indicazioni. In questo stadio si può solo pensare alla sclerosi multipla al suo inizio, nella quale però le parestesie sono più fugaci, più mobili, meno simmetriche ed esiste già qualche sintomo encefalico (vertigine, diplopia, neurite retro-bulbare, ecc.). Di più, mentre la sclerosi in placche si riscontra fra i venti e i trentacinque anni, le sindromi neuro-anemiche sono abitualmente più tardive. La tinta terrosa o leggermente giallastra contrasta con l'aspetto interno, la lingua presenta già i caratteri della glossite, la stanchezza è anormale.

Allo stadio cordonale posteriore la sindrome neuro-anemica è frequentemente confusa con la tabe. L'assenza dei dolori radicolari, le reazioni normali delle pupille e del liquido cefalo-rachidiano eviteranno l'errore. La diagnosi con una polineurite reumatica o con una pseudo-tabe polineuritica è più difficile, ma le polineuriti anemiche pure sono rare e in esse le reazioni elettriche dei muscoli sono qualitativamente normali.

Nei casi in cui la sindrome cordonale posteriore prende i sintomi anemici, utilissime indicazioni può fornire la prova dell'iperpnea, sensibilizzante di una sintomatologia nervosa latente. Mettendo in evidenza un Babinski o uno di tutti gli altri segni indicanti un'alterazione delle vie piramidali, la prova permette di affermare che la mielite funicolare è in via di costituzione, facendo eliminare una affezione sensitiva pura.

Nel periodo di stato la mielite funicolare in rapporto con un'anemia non deve essere confusa con le differenti sclerosi combinate.

Se per la diagnosi ha grande importanza l'esame del sangue, non bisogna trascurare la inchiesta digestiva (glossite, acloridria); si è visto infatti che, quando i disturbi neurosi precedono l'anemia, la sindrome digestiva generalmente è già costituita.

La sindrome neurologica delle anemie non comporta un *trattamento* speciale; è quello dell'anemia stessa. Gli AA. insistono sul fatto che il trattamento deve essere precoce, intenso e prolungato. C. TOSCANO.

Le complicazioni midollari della leucemia.

(E. WEIL, BERTRAND e M. COSTE (*Le Sang*, 1935, n. 6, p. 577).

Esse sono eccezionali. In Francia esistono solo due osservazioni; un po' più in Inghil-

terra e in Germania. Gli AA. ne riportano in esteso un caso caduto sotto la loro osservazione. La *storia clinica* del malato può essere distinta in due periodi: 1) dieci mesi di leucemia mielogena banale che si beneficiò molto della radioterapia; 2) un ulteriore periodo di trenta giorni caratterizzato da paraplegia flaccido-spastica (?) intensa, preceduta da violenti dolori, accompagnata da disturbi della sensibilità subiettiva e obiettiva e da una dissociazione albuminocitologica del liquor.

Le *lesioni anatomiche* erano di due ordini: *a*) un ispessimento meningeo, che inguainava completamente il midollo e si estendeva su tutta l'altezza di esso, con ammassi di cellule giovani; *b*) una sclerosi midollare combinata somigliante a quella delle forme neuro-anemiche.

I casi della letteratura dimostrano che le complicazioni midollari concernevano per lo più casi di cloroma, o casi di leucemia mieloide. Una sola volta si trova citata la leucemia linfatica. Le lesioni consistono in infiltrazioni cellulari dei due tipi.

Gli AA. pensano che i numerosi casi di leucemie mielogene subacute o croniche terminano in un periodo di leucemia acuta a decorso rapido e ritengono che le complicazioni nervose segnalate siano l'appannaggio delle leucemie acute o del periodo di trasformazione in acute or ora accennato.

Interessa notare che le infiltrazioni leucemiche delle meningi sono radiosensibili.

L. TONELLI.

DIVAGAZIONI

Sulla suggestione sperimentale.

Fare la storia della suggestione sarebbe lo stesso che fare la storia dell'ipnotismo. Ed infatti, senza spingersi molto lontano, ma volendo cominciare dall'epoca in cui la suggestione è stata oggetto dei primi studi sperimentali, bisogna risalire a Mesmer, a Braid ed a Faria, nonchè a tutti i grandi magnetizzatori, sia medici che dilettanti, che successivamente ne seguirono le orme, per giungere quindi ai fastigi delle celebri scuole di Nancy e della Salpetrière. Queste a lor volta, creando due differenti dottrine, ispirate da una diversa interpretazione del fenomeno, dominarono per lunghissimi anni, fino ad oggi, le due rispettive correnti di studio, dai cui postulati, da circa un trentennio, è sorta una terza dottrina, non meno importante, la Psicanalisi.

Per il Bernheim ed i suoi allievi, la suggestione è un atto di ordine puramente fisiologico, pel quale un'idea è introdotta nel cervello e da esso accettata.

Fra le tante teorie, ammesse dai vari AA., quella che oggi trova i maggiori consensi è quella che ritiene il fenomeno della suggestione sia inerente ad uno stato, primitivo ed infantile (sia pure transitorio) della psiche il cui dinamismo peraltro è in rapporto ai complessi ideo-affettivi, che si appalesano nei simbolismi, nelle credenze, nelle tendenze degli istinti, nei desideri, nelle paure. Si tratterebbe quindi della perdita o della sospensione, anche transitoria, dei più elevati attributi della coscienza, onde verrebbe a residuare una coscienza inferiore o regressiva, che ricorda la coscienza primitiva o quella infantile, con tutte le sue credulità, i suoi impulsi ecc., facilmente dominabile, da una coscienza più evoluta, che ne guadagni il campo affettivo.

È stato dimostrato che la suggestione non crea nell'organismo delle nuove capacità, tuttavia è stato anche dimostrato che essa può attingere dalle riserve dell'organismo stesso, riserve appartenenti all'individuo o alla specie, e che talvolta, specie in alcuni casi di sonnambulismo, si sono appalesate attraverso notevoli fenomeni, che avevano tutte le apparenze della novità.

Rientrano in quest'ordine di fatti le varie osservazioni con cui, in determinati stati suggestivi, fu constatato, ad esempio, un aumento della capacità percettiva dei sensi specifici, oppure un aumento del potere evocativo della memoria, o della capacità motoria ecc. nell'intento di accertare se questo fenomeno possa essere provocato artificialmente, con suggestioni sperimentali su individui sani.

E. Santanelli (*Folia Medica*, 30 luglio 1935) ha sottoposto vari soggetti a prove sistematiche, di cui riferisce i risultati in questo lavoro. Ha potuto così constatare per mezzo di ricerche accurate e di grafiche esatte che la suggestione di un influsso di forza, indotta da un contatto fra l'operatore ed il soggetto, è capace di apportare un aumento della forza muscolare nel soggetto stesso. Tale aumento è maggiore ad occhi aperti che ad occhi bendati, come del resto accade anche senza il mezzo suggestivo. Quello che risalta anche dalle ricerche dell'A. è che la entità dei risultati è variabile, e può essere relativa anche a condizioni normali e patologiche.

G. LA CAVA.

DOVERI MORALI DEGLI ABBONATI:

1) *Diffondere il « Policlinico » tra i colleghi, facendolo conoscere ed apprezzare e procurando nuovi associati;*

2) *Provvedere al pagamento della quota dovuta all'Amministrazione, senza farsi sollecitare.*

L'importo d'abbonamento va inviato preferibilmente mediante l'ordinario Vaglia postale a tassa oppure con Assegno Bancario. Può anche essere inviato versando la relativa somma all'ufficio di Posta per il conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore Luigi Pozzi - Roma. Questo ultimo mezzo offre il totale risparmio o una economia della tassa dell'ordinario vaglia postale.

Coloro che preferiscono aspettare dall'Amministrazione la Tratta Postale, tengano presente che questa aumenterà di L. 5 l'importo dovuto per l'abbonamento, a motivo delle varie tasse postali e altre spese che la Tratta comporta.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Scritti Medici di Iginio Tansini. Pubblicazione Wassermann A. Milano, 1935. Un volume di pag. 862 con figure, L. 80.

Nell'occasione del collocamento a riposo del prof. Iginio Tansini, Direttore della Clinica Chirurgica di Pavia, discepoli ed amici hanno raccolto in un volume tutte le pubblicazioni del Maestro, pubblicazioni sparse in vari periodici e molte non più rintracciabili. Anche agli studiosi di oggi era ciò fonte di vivo rincrescimento poichè l'opera geniale del Tansini ha creato nuove vie feconde in vari campi precedendo, e talora di molti anni, Autori stranieri cui come al solito, va il merito ingiustificato di quanto Tansini aveva già provato e innovato.

Basta ricordare alcuni contributi assolutamente originali e che tramanderanno il Suo Nome ai nostri futuri fra i classici della nostra Scienza.

Il primo lavoro del Tansini è del 1880 e il lettore immaginerà facilmente la mole della Sua produzione considerando come questa senza sosta sia proseguita, importantissima, fino ai giorni nostri.

Voglio ricordare soltanto alcuni dei lavori più significativi. Gli esperimenti sul distacco dell'intestino dal mesentere (1884-1886) rappresentano un contributo importante e nuovo a questa questione. Nel 1902 pubblicava i risultati degli esperimenti da lui instaurati sulla anastomosi porta-cava, esperimenti dopo di Lui eseguiti dall'Eck (fistola di Eck) e a questi attribuiti. Dello stesso anno è la Sua comunicazione di un caso di morbo di Banti con ascite guarito con la splenectomia e l'omentopessia alla Talma, metodo che è stato poi seguito da altri e pubblicato senza ricordare il Tansini; sull'argomento ritorna con nuovi casi nel '13 e nel '24 ed è interessante rileggere le sue osservazioni così precise sul trattamento delle splenomegalie associate a lesioni epatiche. Importante è anche il contributo di chirurgia renale in cui in base a estesa esperienza, consiglia nella nefrectomia l'uso della forcipressura nell'emostasi di vasi renali. Ricordo ancora la tecnica dell'amputazione della mammella, quella della resezione del fegato per cisti idatidea con affondamento dell'organo e chiusura completa della parete addominale (1890) che fu il primo caso operato con questo processo che il Gioja dovette rivendicare.

Anche il processo per l'operazione dello stomaco a clessidra e la esofagizzazione dello stomaco per alcuni casi di questa deformità rappresentano un contributo originale alla chirurgia gastrica, di grande rilievo.

Così ancora la semplificazione della tecnica della gastroenterostomia collaudata coll'esito ottimo in un gran numero di casi. Ricorderò ancora il caso di legatura bilaterale contemporanea delle due giugulari profonde, i più recenti lavori sulla patogenesi del cancro, ecc.

Questa breve scorsa può dare appena una idea del contributo originale e prezioso del Tansini alla nostra Scienza ed è da consigliare ad ogni chirurgo di leggere questo libro: acquisterà preziose cognizioni e si renderà conto del contributo veramente originale portato da Iginio Tansini alla chirurgia.

Roberto Alessandri.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

C. R. Schlayer e J. Prüfer. *Lehrbuch der Krankenernährung*. Due vol. di pag. 250 e 308, rilegati. Urban e Schwarzenberg, Berlin e Wien, 1935. Prezzo RM. 8 per ogni volume.

Sotto la direzione dei due AA. nominati e con la collaborazione di altri medici e di direttrici di cucine dietetiche, si è venuto pubblicando questo manuale di alimentazione dell'ammalato, argomento che specialmente nei paesi di cultura germanica ed agli Stati Uniti è molto curato, tanto che ogni grande ospedale ha una direttrice specializzata nella dieta. Non si tratta di una scienza facile, tanto più che, come giustamente osservano gli AA. nella prefazione, si deve sfuggire da ogni arida schematizzazione e da prescrizioni dogmatiche. Anche questa è un'arte che va applicata caso per caso, che è in continuo divenire e che esige la collaborazione della fisiologia, della patologia e della tecnica di cucina.

Il trattato che abbiamo sotto mano dà, a tale proposito, utili consigli. Nel primo volume, troviamo la parte generale della fisiologia della nutrizione, le parti costitutive degli alimenti, la dottrina dell'alimentazione, la tecnica della cucina dietetica, l'organizzazione ed il funzionamento di questa. Seguono le diete speciali per le varie malattie e diatesi.

Il secondo volume è un vero libro di cucina, con l'indicazione delle varie ricette per ogni singola malattia, la descrizione accurata della preparazione di ogni piatto, i diversi alimenti da scegliere per ogni pasto, per ogni giorno della settimana, ecc.

Certamente non tutti i piatti qui descritti sarebbero adattati ai nostri gusti ed alle nostre abitudini, ma lo studio di questo trattato può, con le opportune modificazioni, fornirci utili elementi. *fil.*

M. T. Schnirer. *Medizinal-Index*. 38ª edizione. Due vol. di rispettive pagg. 446 e 256 (il primo rilegato). F. Deutike, Wien. Prezzo RM. 4,60.

Si viene pubblicando ormai da 38 anni, questo utile *vademecum* annuale per il medico

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

pratico, che contiene una vera miniera di nozioni interessanti.

Il libro è fatto sullo stesso stampo di quelli degli scorsi anni e contiene, nel primo volume, un prontuario diagnostico-terapeutico, l'elenco dei rimedî consueti con le indicazioni e dosi, i sieri terapeutici, la dietetica, il pronto soccorso, le formule magistrali berlinesi, le dosi massime e minime e molte tabelle di utile consultazione. Nel secondo volume, troviamo il resoconto terapeutico dell'anno, basato su oltre 600 lavori, un breve prontuario di ostetricia pratica, la tecnica terapeutica, le ricerche chimiche e microscopiche più comuni, ecc.

Nella presente edizione, sono state aggiunte varie voci al « Prontuario diagnostico-terapeutico », mentre altre parti sono state rimaneggiate. F. Schliephake vi ha scritto un bel capitolo sulla terapia ad onde corte. Alcune tabelle sono state rimaneggiate ed aggiornate. Il libro, di comoda consultazione, contiene una stragrande quantità di dati di notevole utilità per il medico pratico.

fil.

Difterite (M. PERGOLA). *Note di laboratorio.* Un vol. in-8°, di 127 pagg., con 12 tav. a colori. Ist. Poligrafico dello Stato. Roma, 1935.

Sono noti da tempo gli studî e la particolare competenza del prof. Pergola sul problema della difterite ed il terreno da lui allestito al siero-uovo-tellurito, è ormai entrato nella pratica di molti laboratori, che ne hanno riconosciuta la netta superiorità. Con la lunga esperienza, l'A. ha affinato i suoi metodi, ha introdotto la colorazione ridotta di grande semplicità e praticità e viene con questo libro incontro ai desiderî di chi intende occuparsi essenzialmente della diagnosi di laboratorio della difterite, spianando tutte le difficoltà, risolvendo le incertezze, fornendo le indicazioni per un esauriente responso batteriologico e per l'esatta interpretazione di questo.

Si occupa, nella prima parte, delle tecniche generali (batterioscopiche, culturali, biologiche), trattando nella seconda la ricerca del bacillo di Löffler nei malati, nei portatori, nei fomiti d'infezione ed, in seguito, il prelevamento, l'invio dei campioni, i provvedimenti profilattici, ecc.

Nell'appendice, sono poi riportati, oltre a varie note di tecnica, di colorazione e di coltura, la valutazione della tossina difterica, le varie reazioni biologiche (Schick, Koplik, Zöller) ed il loro apprezzamento. Le belle tavole colorate sono quanto mai dimostrative anche per conoscere e giudicare gli effetti delle reazioni citate e sono quindi utili anche per il medico pratico.

Per chiunque si occupi della difterite, il lavoro preciso e chiaro del prof. Pergola costituisce un indispensabile strumento di lavoro.

fil.

R. POINSO. *La Diphtérie maligne.* Un vol, in-16°, di 112 pagg., con 13 fig. Masson e C.ie ed., Paris, 1935. 18 fr.

La difterite maligna offre un problema di grande importanza teorica e pratica. Di fronte alle forme che con un'iniezione di siero rapidamente guariscono, abbiamo queste altre a sintomi essenzialmente generali e continuamente ingravescenti, in cui la sieroterapia risulta inefficace e che costituiscono anzi il punto debole di questa. Lo studio di queste forme è stato ripreso in questi ultimi anni, in cui qua e là esse si sono più largamente manifestate.

L'A., oltre all'etiologia ed anatomia patologica, ne studia la clinica, in generale e nelle singole forme, la diagnosi, la prognosi e la terapia. Per quanto riguarda la patogenesi, l'A. ritiene che la malignità e la morte risultano da un'aggressione multipla, senza che si possa indicare con certezza la parte che prendono gli organi ed i tessuti nello sviluppo dei segni morbosi.

fil.

E. DELLA SETA. *La febbre tifoide.* Un vol. in-8° di 64 pagg. Ed. « Salute e Igiene », Roma, (Via XX Settembre 98), 1935. Prezzo L. 3.

Alla profilassi della F.T. è ora necessario che ogni singolo individuo contribuisca per proprio conto, perchè la profilassi pubblica, ormai stabilizzata, non può raggiungere gli infiniti rivoli in cui dovrebbe disperdersi. È necessario che il singolo sappia come difendersi e come impedire la propagazione agli altri ed è, per questo, necessaria un'attiva propaganda, quale può ottenersi con la diffusione di libri come questo che l'A. ha ora pubblicato.

In forma piana, chiara ed efficace, egli mostra l'importanza e la vastità del problema, indicando i mezzi di propagazione, il decorso, le modalità da prendersi per prevenire la malattia. Nella seconda parte, dà gli opportuni consigli sul modo di assistere il malato e di prevenire la diffusione dell'infezione: come tenere la camera, i doveri della buona infermiera, l'alimentazione; accenna anche alle più gravi complicazioni che possono mettere in pericolo la vita. Per quanto riguarda le disinfezioni, si potrebbe osservare che il sublimato non è forse il più adatto per le biancherie, in quanto che esso vi può fissare le macchie di sangue o di feci, mentre sono più acconci gli altri disinfettanti consigliati dall'A. In tutto il resto, non si può che essere pienamente d'accordo con l'A., che ha fatto un'opera buona, da cui trarranno utili consigli i profani ed i medici.

fil.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(*Continuazione e fine; v. num. precedente*).
ore 9 - 25 ottobre 1935.

Presidenza: Proff. Alessandri e Maragliano.

(Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia).

Le mediastino-pericarditi croniche.
(le forme adesive, callose e calcificata della regione mediastino-diframmatica).

Parte Medica.

Prof. A. Luisada (Napoli).

(*Conclusioni*).

Non vi è forse altro capitolo della patologia umana che sfugga, come quello delle mediastino-pericarditi croniche, ad un inquadramento esatto e ad una precisa descrizione. Questo dipende dal fatto che le mediastino-pericarditi croniche possono dar luogo a quadri clinici diversissimi, a seconda della diversa eziologia, delle localizzazioni particolari e delle varie modalità di sviluppo.

Inoltre è necessario di considerare non solo l'eventualità data dall'adesione dei due foglietti del pericardio (o dal suo riconoscimento autoptico), ma si devono ricercare e discutere tutti i processi adesivi del mediastino e del diaframma, che spesso hanno grande importanza nel determinare la sintomatologia.

Il mediastino è un setto solo dal punto di vista astratto, mentre in realtà è una formazione complessa e poco omogenea, che si prolunga nel collo, nell'addome e nei polmoni mediante organi varî che di esso fanno parte. Esso è occupato per una parte assai notevole dal cuore e dai grossi vasi, rivestiti dal pericardio.

Perciò non è possibile isolare delle sindromi di mediastinite che non involgano, almeno in parte, anche il sacco pericardico; questo non solo in base a considerazioni anatomiche, ma anche per ragioni pratiche, poichè uno dei segni principali delle mediastino-pericarditi croniche, come pure delle mediastiniti, è dato dai fenomeni di compressione a carico dei tronchi venosi e dalle conseguenze della stasi che ne risulta.

Sono da tenere presenti inoltre alcuni dati:

1) Se la forma adesiva segue ad una pericardite essudativa acuta, si può avere sinechia pericardica senza adesioni esterne patologiche; però le normali connessioni del pericardio colla colonna vertebrale, coi grossi vasi, collo sterno, e sopratutto col diaframma, dànno un tale collegamento tra cuore e organi circostanti, che, anche in tale evenienza si può avere una sintomatologia complessa e completa, del tipo che si ha nelle forme mediastino-pericarditiche.

2) Se al contrario la forma adesiva si inizia per effetto di fatti infiammatorî esterni, è frequente la comparsa di adesioni parziali anche all'interno; ma anche in mancanza di queste, si possono ugualmente avere fenomeni di compressione a carico dei grossi tronchi venosi e alterazione delle funzioni del pericardio e del diaframma.

3) D'altra parte esistono e sono note le forme di mediastino-pericardite in cui si associano le adesioni interne e le aderenze esterne.

4) Si deve ricordare la possibilità che lesioni localizzate in vicinanza dei grossi tronchi venosi (specie dello sbocco delle vene epatiche) diano luogo a fenomeni clinici assai gravi, mentre il reperto autoptico è quanto mai scarso.

5) Non va dimenticato che, se le aderenze sono lasse ed ancora elastiche, possono mancare disturbi apprezzabili; lo stesso va detto per i casi in cui la mediastino-pericardite adesiva si svolge in casi con vizî valvolari e cuore grande.

6) Va ricordata l'azione delle croniche infiammazioni delle sierose, che aggiunge il suo effetto a quello della trasudazione.

7) Non bisogna dimenticare l'importanza di fatti aderenziali sottodiaframmatici e di un processo eventuale di periepatite.

Perciò conviene considerare in modo unitario tutte queste forme, parlando di mediastino-pericarditi croniche in senso lato ed estendere lo studio a tutto il mediastino, al diaframma, agli organi sottodiaframmatici.

Per tutti i motivi già esposti e per altre considerazioni che verranno successivamente svolte si deve ammettere che le mediastino-pericarditi croniche non costituiscono una sindrome anatomoclinica con sintomatologia unitaria, ma una serie di alterazioni anatomiche, che solo in casi determinati danno luogo ad un quadro morboso ben evidente, talora assai grave, mentre in altri casi danno sintomi attenuati e imprecisi e in altri ancora non determinano una sintomatologia apprezzabile, restando semplici reperti d'autopsia.

La stasi d'arrivo. — Dei varî tipi di stasi, quelli più facilmente schematizzabili sono dati dai processi stenotici a carico di un orifizio del cuore o di uno dei grossi vasi. Essi danno luogo a rallentamento del circolo, ad aumento di pressione e a dilatazione delle zone a monte dell'ostacolo, a diminuzione di pressione nelle zone a valle.

Negli ultimi venti anni si è venuto sempre più delineando il quadro clinico dato da un ostacolo nel tratto del circolo che precede immediatamente il cuore, le grosse vene. Quest'ostacolo, determinato da una pericardite essudativa, da una sinechia pericardica o da processi adesivi extrapericardici, impedisce che il sangue giunga al cuore colla pressione e colla velocità normale e sopra tutto impedisce che l'afflusso venga rapidamente aumentato in caso di aumento di lavoro. A questo meccanismo si può dare il nome di « stasi d'arrivo » ed è evidente che esso determina turgore delle grosse vene e ingrandimento del fegato, mentre impedisce che il cuore possa rapidamente dilatarsi per aumentare il suo sforzo, essendo limitata la latitudine funzionale di questo, anche se mancano fenomeni compressivi diretti a carico del cuore. Naturalmente l'epatomegalia è assai più marcata se i processi adesivi si sviluppano in vicinanza dello sbocco delle vene epatiche nella cava inferiore.

Alterazioni funzionali dei varî organi nelle mediastino-pericarditi adesive. — Il quadro clinico delle forme adesive del mediastino è dominato da tre gruppi di fenomeni: 1) fenomeni di compressione di organi varî; 2) fenomeni di rallentamento

del circolo venoso; 3) versamenti nelle cavità sierose. Essi sono in parte interdipendenti, ma non completamente.

Per spiegare tali fenomeni si deve tener conto di una serie di possibilità.

L'ostacolo all'efflusso del sangue arterioso non merita più esser preso in considerazione.

Le conseguenze dell'alterato meccanismo respiratorio e l'ostacolo meccanico al circolo venoso hanno indubbiamente la massima importanza, ma è assai difficile precisare per ogni singolo caso quanto vi sia di anatomico, quanto di funzionale. L'alterazione della funzione del diaframma e in genere della meccanica respiratoria, mentre toglie un notevole ausilio al circolo venoso, dà le massime conseguenze a carico del fegato e del circolo portale. D'altra parte ogni ostacolo sulla cava inferiore dà pure conseguenze prevalenti sul fegato per particolari ragioni di emodinamica. L'epatomegalia infine è massima se si verifica una particolare lesione, data dal blocco elettivo delle vene epatiche per un processo di pericardite o di pleuro-pericardite adesiva basilare.

L'ostacolo alla sistole cardiaca esiste assai di frequente, ma non è una delle cause più gravi dei disturbi. Invece grande importanza si deve dare all'ostacolo opposto alla diastole del cuore e sopratutto all'ostacolo che i processi fibrosi determinano in confronto di un'eventuale dilatazione tonogena richiesta da un aumento di lavoro.

In molti casi esistono disturbi per lesione miocardica concomitante e assai spesso si osservano alterazioni gravi date da particolari localizzazioni dei processi adesivi e calcificanti nel mediastino, intorno alle grosse vene, intorno e per entro al cuore stesso.

Infine si deve ricordare la componente infiammatoria a carico delle sierose, che aggiunge la sua azione a quella della stasi, e che determina versamenti cospicui ed ostinati.

Frequenza ed eziologia delle forme adesive, callose e calcificate del mediastino. — La stessa costituzione anatomica del mediastino dice quanto sia facile che l'insorgenza di una forma infiammatoria in uno degli organi in esso contenuti, si estenda successivamente al connettivo circostante e alle membrane più vicine. L'aorta, le linfoghiandole, i bronchi nella parte alta; il cuore, l'aorta e i polmoni nella parte media; il fegato tra gli organi sottodiaframmatici; inoltre le pleure, il pericardio e il peritoneo possono essere sede di una infiammazione cronica, che spesso trova il suo esito in un processo adesivo.

In base alle varie statistiche pubblicate e in base alla nostra, si può dire quanto segue:

1) le forme reumatiche sono le più frequenti, da 20 a 30 %;

2) seguono da presso le forme tubercolari e le forme legate a malattie ipertensive, la cui frequenza è tra 15 e 25 %;

3) vi sono forme varie, legate a malattie infettive e a forme acute del polmone e della pleura;

4) esiste una percentuale legata a infarto del miocardio, ad aneurisma aortico, a processi luetici delle ghiandole mediastiniche;

5) una parte notevole delle forme di mediastino-pericardite adesiva è di eziologia ignota o è legata a cause multiple sclerogene che s'intrecciano e di cui non sempre è facile distinguere il fattore dominante.

Varietà di lesioni e problemi anatomo-patologici. — Dal punto di vista anatomo-patologico si possono distinguere anzitutto le forme diffuse da quelle parziali.

Tra le prime si possono ricordare:

1) le forme prevalentemente localizzate nella parte alta del mediastino, di regola luetiche o tubercolari, con parteciazione del pericardio nella sua parte più alta;

2) le forme ad estensione totale sono più spesso tubercolari, reumatiche, o successive a forme purulente (del polmone, del mediastino, del pericardio);

3) le forme prevalentemente localizzate nella parte bassa del mediastino, più spesso reumatiche o tubercolari, più raramente legate a nefrosclerosi; esse possono associarsi a sinechia della pleura di destra o del cavo pericardico, o infine a periepatite con adesione epato-diaframmatica.

Le forme parziali mostrano una varietà notevolissima; si possono ricordare:

1) la forma periaortica; 2) la forma periganglionare; 3) la forma perivertebrale; 4) la forma pericavale superiore; 5) la forma pericavale inferiore; 6) la forma pericardica interna totale; 7) la forma pericardica postero-inferiore; 8) la forma pericardica anulare o a striscia; 9) la forma mediastino-pericardica anteriore; 10) le adesioni nastriformi pneumopericardiche o pericardio-freniche; 11) la forma pericardica esterna totale.

Il problema del volume del cuore nelle mediastino-pericarditi adesive è stato molto dibattuto. Nelle forme con vizî valvolari il volume è abitualmente aumentato; nelle altre si può osservare qualunque eventualità; spesso aumento di volume, non di rado volume normale, talvolta cuore impiccolito.

Le variazioni sono date dalle condizioni del cuore all'inizio della forma infiammatoria e durante il suo svolgimento, e dalla quantità dell'essudato eventualmente presente nel cavo pericardico al momento dell'organizzazione. Ha importanza sopra tutto la comparsa precoce di un vizio valvolare, con eventuale stasi nelle grosse vene, che divengono più resistenti di fronte alla compressione; o, al contrario, la stenosi precoce delle grosse vene, fatto che impedisce una successiva dilatazione del cuore.

Il cuore a corazza è una curiosa forma per cui intorno al cuore si forma come un guscio calcareo, che di regola lascia scoperta una parte del cuore stesso. Talvolta si può giungere fino all'ossificazione del pericardio (e di parte del cuore), come in un caso interessante studiato nella Clinica.

Localizzazioni particolari a carico del cuore possono aversi mediante la formazione di speroni fibrosi o calcificati partenti dal pericardio adeso, che si approfondano nel cuore, talvolta fino agli orifizi atrio-ventricolari.

Il fegato candito (di Curschmann) è una particolare forma anatomica che deriva dall'associazione della stasi cronica con una periepatite diffusa a tendenza fibrosa. Esso non è costante, ma, quando esiste, può associarsi a qualsiasi varietà di mediastino-pericardite adesiva.

La pericardite adesiva terminale si verifica in soggetti con malattie cachettizzanti ed ha scarsa importanza pratica; è data dall'attecchimento di germi attenuati o dalla ritenzione di prodotti tossici.

Dati forniti dalle ricerche di semeiotica fisica e grafica. — Le mediastino-pericarditi adesive non costituiscono una sindrome con sintomatologia

unitaria, ma un insieme di forme anatomiche diverse, che solo in casi determinati assumono il valore di sindromi anatomo-cliniche. Mancano perciò segni patognomonici e manca un quadro semeiotico definito e costante, mentre solo il quadro particolare di stasi, quando esiste, permette un orientamento più deciso.

Dei sintomi descritti, alcuni hanno ormai solo un valore storico, altri possono esser discussi, ma si trovano anche in altre forme morbose, acquistando valore solo se c'è la certezza che non esistono vizî valvolari.

La mancanza dell'itto della punta, i varî rientramenti sistolici circoscritti od estesi vanno interpretati appunto a questa stregua.

Il rientramento sistolico con movimento a bilancia e scatto diastolico, se esiste, ha notevole valore, purchè si possa escludere un'insufficienza della tricuspide. Il respiro crociato di Wenckebach può esser dato da forme varie. La fissità del cuore nelle varie posizioni può aversi nelle cardiopatie con grande cuore sfiancato e nei soggetti con posizione alta del diaframma. La coincidenza dell'aia di ottusità relativa del cuore con quella di ottusità assoluta e la mancanza di espansione inspiratoria dei margini polmonari in corrispondenza dell'aia cardiaca hanno valore come esponenti di adesione del sacco pericardico colla parete sterno-costale, ma possono aversi anche in soggetti senza disturbi apprezzabili.

I dati forniti dall'ascoltazione sono quanto mai variabili. Se si ha il cuore « piccolo e tranquillo » degli americani (cioè cuore non ingrandito, con toni ritmici e puri), il dato ha valore per l'esclusione di cardiopatie valvolari. Ma, a parte la frequente coesistenza di queste cardiopatie, si possono ascoltare soffi da insufficienza funzionale degli ostii valvolari, non sempre di facile esclusione, e si può avere il reperto di stenosi orifiziale per processi cicatriziali o calcificanti, la cui natura non può esser appurata con certezza che all'autopsia.

Le vene giugulari sono tipicamente distese e immobili, ma possono presentare anche pulsazioni vivaci. Il reperto di notevoli differenze nella pressione venosa dei due arti superiori (pressione abitualmente assai elevata in questi casi), può avere importanza per la diagnosi di mediastino-pericardite adesiva.

Il fegato è tipicamente grande e senza pulsazioni; può anche esso però presentare pulsazioni, di tipo normale o patologico.

L'osservazione del doppio fenomeno inspiratorio di Kussmaul (turgore delle vene, polso piccolo nell'inspirazione) ha valore solo se tale doppio fenomeno è completo e molto evidente.

Sintoma di Hochrein. — È stato descritto come patognomonico delle m. p. adesive il fenomeno consistente nell'inversione delle normali onde pulsatorie del respiro. Lo studio eseguito dall'O. sulla casistica della Clinica del prof. Zagari permette di escludere tale fatto. Si può invece ammettere come tipica delle forme più estese ed avanzate la riduzione di ampiezza di tali onde, mentre negli altri casi esse sono normali. Parziale inversione delle onde pulsatorie del respiro si è trovata invece in un caso di insufficienza tricuspidale.

Elettrocardiografia. — L'elettrocardiografia può dare utili indicazioni nelle forme adesive del mediastino. Non ostante le affermazioni di AA. varî, manca un ecg tipico per esse. Spesso si osserva basso voltaggio del complesso ventricolare, con eccezione delle forme associate a vizî valvolari. È frequente pure osservare alterazioni elettrocardiografiche che indicano disturbi di nutrizione del miocardio. Quantunque interessanti, non si può dare valore diagnostico a tali alterazioni.

Il metodo di Carter e Dieuaide, basato sullo studio della spostabilità dell'asse elettrico del cuore nei varî decubiti presenta notevole interesse, come dimostrano ricerche svolte nella nostra Clinica per opera di Rubino.

Normalmente nel passaggio dalla posizione supina a quella sul fianco destro e poi sul sinistro, l'elettrocardiogramma si modifica per lo spostamento del cuore, che fa variare la posizione del suo asse tra gli elettrodi rimasti fissi. Nei cuori grandi per cardiopatia valvolare la mobilità dell'asse, elettricamente studiata, resta normale o si accentua.

Nelle mediastino-pericarditi adesive si può avere mobilità normale (se lesioni parziali), mobilità scarsa (se lesioni estese), immobilità assoluta (se lesioni estese e tenaci). Perciò questo metodo fornisce un dato che non ha valore se negativo, ma che acquista molto valore se positivo, anche se coesistono cardiopatie valvolari o miocardite.

Il metodo, quantunque assai utile, non permette di affermare l'esistenza di sinechia pericardica, potendo bastare la sola accretio a dare la fissità dell'asse elettrico (come in un caso studiato nella Clinica e controllato all'autopsia).

Esame radiologico. — Radiologicamente si può osservare una serie di fenomeni:

a) anomalie del contorno dell'ombra cardiaca; *b*) appiattimento delle normali curve del cuore e scomparsa degli angoli cardiofrenici; *c*) presenza di ombre più dense sul contorno cardiaco; *d*) variazioni della pulsatilità cardiaca (sia in meno — come di regola —, che in più); *e*) movimenti impressi dal cuore al diaframma; *f*) modificazioni della dinamica respiratoria; *g*) oscuramento delle zone chiare paracardiache del mediastino; *h*) spostamenti patologici del cuore durante gli atti respiratorî; *i*) un nuovo metodo descritto da Condorelli e studiato per la prima volta nella Clinica per opera di Francaviglia e Catalano, il pneumomediastino, consiste nell'introduzione di aria nel mediastino anteriore mediante iniezione retrosternale: nelle mediastino-pericarditi con adesioni anteriori lo spazio retrosternale non si chiarifica o rivela ombre patologiche; *j*) inoltre è da considerare la possibilità di mancanza dei normali spostamenti del cuore nei varî decubiti; *k*) sono da studiare segni generali, tra cui la mancanza di stasi nei vasi polmonari, dato non costante, ma che può, se presente in mitralici, avere qualche valore per l'associazione di una lesione mediastino-pericarditica.

Classifica generale. — Rilevata la necessità di comprendere le forme adesive della parte più alta del mediastino e quelle associate a periepatite e aderenze freno-epatiche; esclusa la possibilità di seguire un criterio eziologico o un criterio anatomo-patologico puro; constatato che una classifica sul tipo di quella di Wenckebach (che si basa sul tipo clinico di stasi) non può esser limitata alla sinechia pericardica, ma deve comprendere molte altre forme mediastiniche, si è creduto necessario di eseguire una nuova classifica, basata su criteri anatomo-clinici e sulla necessità di dividere forme in cui la diagnosi è relativamente agevole, da altre di diagnosi difficile o impossibile.

È stata quindi eseguita la classifica seguente:

I) *Sindromi di mediastino-pericardite senza lesioni dell'endocardio e del peritoneo.*

Sono caratterizzate dalla stasi d'arrivo. Il cuore è relativamente (e talora assolutamente) piccolo. L'assenza di reazione infiammatoria peritoneale dà nulla o scarsa ascite. Anche la pleura è scarsamente compromessa dal punto di vista infiammatorio.

a) sindrome mediastino-pericarditica alta;
b) sindrome mediastino-pericarditica media;
c) sindrome mediastino-pericarditica bassa.

II) *Sindrome di mediastino-pericardite associata con lesione dell'endocardio.*

Il cuore è grande; le conseguenze dei vizî valvolari (stasi di tipo centrale) si sommano a quelle della lesione mediastino-pericarditica (stasi d'arrivo). Il fegato è grande e duro, l'ascite è precoce, può aversi stasi polmonare, dispnea, edemi agli arti inferiori, rene da stasi. Il tipo del vizio e la combinazione eventuale di più d'uno di essi dà poi un'impronta particolare alla sindrome. Abitualmente manca una lesione infiammatoria peritoneale, ma questa può aversi in casi eccezionali, dando fatti aderenziali tra fegato e diaframma.

Si hanno varie sindromi: *a*) sindrome aorto-pericardica; *b*) sindrome mitro-pericardica; *c*) sindrome mitro-aorto-pericardica; *d*) sindrome mitro-tricuspido-pericardica; *e*) sindrome dei tre orifizi (mitrale-tricuspide-aorta) con mediastino-pericardite adesiva.

III) *Sindromi mediastino-peritoneali.*

Sono caratterizzate dall'associazione di segni di lesione mediastinica e di compressione dei grossi tronchi venosi con ascite precocissima e imponente, di tipo misto; spesso con versamento pleurico destro; il fegato è grosso, duro, adeso al diaframma e assume il tipo di fegato candito; non è rara una discreta splenomegalia; scarsi edemi, non stasi polmonare, non rene da stasi; frequente, ma non obbligatoria, la sinechia pericardica.

a) forme di Curschmann-Hutinel; *b*) forme di Friedel Pick; *c*) forma di endocardite con fegato candito.

Diagnosi diretta e diagnosi differenziale. — Nelle sindromi di mediastino-pericardite adesiva senza lesione dell'endocardio o del peritoneo, la diagnosi è assai più facile che nelle altre.

Nelle forme a localizzazione alta si dovrà anzitutto escludere la possibilità di un processo neoplastico o di un processo partito dalle linfoghiandole, ma dato da una linfopatia sistemica. Poi si dovrà vedere se processi aneurismatici dell'aorta sono alla base della sindrome compressiva ed aderenziale. Esclusi questi, si potrà precisare ancora meglio la sede e la natura della forma. In genere il reperto di epatomegalia (anche modesta) senza splenomegalia nel corso di una sindrome compressiva del mediastino, conferma l'ipotesi di una forma adesiva mediastino-pericarditica, in confronto con altre sindromi, che possono dare tale quadro solo in via estremamente eccezionale.

Le forme a localizzazione media sono tra le più variabili e diverse; possono essere estese, sino a comprendere tutto il mediastino, possono essere parziali e limitate. In generale l'osservazione di una sindrome compressiva, con stasi nelle vene della metà superiore del corpo, con epatomegalia, eventualmente ascite, non edemi, scarsa dispnea, scarsa o nulla stasi polmonare, deve far pensare a queste forme adesive del mediastino; l'ipotesi sarà tanto più giustificata se il ritmo cardiaco è regolare, se il cuore non è aumentato di volume, se mancano i segni di una lesione valvolare.

Nelle forme a localizzazione bassa la sintomatologia si limita alla epatomegalia, eventualmente con scarsa ascite, all'astenia, alla mancanza di efficienza del cuore e dell'organismo di fronte ad uno sforzo. In esse la diagnosi può esser resa più facile dal risultato negativo di tutte le ricerche e dalla nozione di una pregressa pericardite o pleurite destra.

Le sindromi di mediastino-pericardite adesiva con lesione dell'endocardio sono quelle di diagnosi più difficile.

Se il processo adesivo è esteso e tenace, il quadro non sarà totalmente dominato dal vizio valvolare, ma esisteranno dati differenziali. L'epatomegalia è allora grave e ostinata, mentre gli edemi, la dispnea, i disturbi di ritmo sono scarsi o assenti. Poichè lo stesso quadro clinico può esser dato, sia dall'associazione di un vizio mitralico con una m. p. adesiva, sia dalla combinazione di un vizio mitralico con un vizio tricuspidale, è necessario differenziare le due forme: questo è possibile se nell'eventualità del vizio tricuspidale la scena è dominata dall'insufficienza valvolare e se nel caso della forma adesiva del mediastino questa è estesa e tenace.

Avveratesi tali eventualità, i dati forniti dall'epatogramma, dalla registrazione dei fenomeni pulsatorî del respiro, dall'elettrocardiogramma nei varî decubiti e dal pneumo-mediastino possono permettere la diagnosi differenziale. Nell'eventualità opposta (o quando vizio mitralico, vizio tricuspidale e mediastino-pericardite si associano) la diagnosi è della massima difficoltà e può talvolta essere impossibile. Si deve rilevare però che in un simile caso studiato nella Clinica, la diagnosi fu possibile ed esatta, come dimostrò il controllo necroscopico.

Le sindromi mediastino-peritoneali, in cui il processo adesivo del mediastino si associa a lesione infiammatoria del peritoneo, sono caratterizzate da ascite precoce e abbondante, con fegato grande, con qualche fenomeno di compressione del mediastino.

In queste forme la diagnosi diretta non è difficile, in base al reperto di fatti compressivi mediastinici, di ascite imponente con liquido a carattere misto, mentre il fegato è grande. Saranno di ausilio l'elettrocardiografia, la radiologia (col pneumo-mediastino e col pneumo-peritoneo), lo studio del liquido. Assai più difficile invece è differenziare in vita le forme tipo Curschmann da quello tipo Pick e le loro numerose varietà.

Nella terza eventualità (sindrome endocardite con fegato candito), la presenza di uno o più vizî valvolari e la rarità dell'associazione rendono quanto mai difficile la diagnosi durante la vita.

Parte Chirurgica.

Prof. L. Torraca (Napoli).

(Conclusioni).

Per la cura chirurgica della pericardite adesiva, gli interventi che entrano in campo sono, in conclusione, la toracolisi precardiaca e la pericardiectomia (decorticazione del cuore). La pericardiolisi endopericardica (Delorme) è stata usata in pochissimi casi e non sembra avere troppe indicazioni. La frenicoexeresi, sebbene appaia promettente, ha

bisogno di ulteriori collaudi, sia come intervento a sè stante, sia, e forse con maggiori possibilità di sviluppo, come operazione sussidiaria di una Brauer o di una pericardiectomia.

Per quello che si riferisce ai risultati della operazione del Brauer, si sostiene da alcuni chirurghi che con questo intervento non si sopprime la causa principale dell'impedimento all'azione del cuore, rappresentato dallo involucro fibroso che lo circonda e che esso potrebbe pertanto trovare la sua indicazione solo nei casi nei quali, per la presenza di aderenze mediastino-pericardiche anteriori, viene ad essere aggravato il lavoro sistolico del cuore, e non nei casi di pericardite costrittiva, per i quali soltanto la pericardiectomia può avere un effetto efficace. Ciascun intervento, perciò, avrebbe le sue indicazioni particolari: la Brauer sarebbe l'operazione della mediastino-pericardite; la pericardiectomia, l'operazione della pericardite callosa compressiva.

In verità, però, al R. sembra che le cose non stiano proprio così. Sono pochissimi, infatti, i casi nei quali l'operazione del Brauer è stata applicata, essendo presenti soltanto i segni di una pericardite adesiva esterna, mentre nella massima parte degli operati erano presenti anche note cospicue di quella stasi di arrivo, che è considerata la espressione più evidente della pericardite callosa. D'altra parte l'esperienza delle pericardiectomie e delle autopsie insegna che non vi è *accretio* senza *concretio;* ragion per cui sarebbe assai strano ammettere che in tutti i casi migliorati dopo la operazione del Brauer si fosse trattato di semplici mediastino-pericarditi, senza fatti di compressione cardiaca.

Occorre inoltre considerare che non è affatto vero che la Brauer agisca soltanto perchè elimina l'azione di ostacolo delle aderenze extrapericardiche; essa, invece, determinando un rilasciamento della parete toracica, fa sentire la sua azione favorevole su tutta la periferia del pericardio e quindi non solo in corrispondenza della faccia anteriore, ma della posteriore e delle laterali e, almeno in parte, reca un certo beneficio anche alla situazione del cuore rispetto al diaframma, in quanto non più ancorato in avanti ed in alto, può seguire meglio le ascensioni diaframmatiche.

La Brauer, per questo, non soltanto alleggerisce il lavoro sistolico del cuore, ma migliora il meccanismo respiratorio e, grazie alla mutata posizione del cuore e alle migliorate condizioni di pressione, agisce favorevolmente sul deflusso del sangue delle vene epatiche e quindi sul riempimento diastolico.

Non è nelle intenzioni dell'O. di deprezzare la decorticazione del cuore; poichè, però, gli è sembrato che da qualche tempo a questa parte sia andata aumentando la tendenza a criticare la Brauer ed a limitarne sempre più l'applicazione, ha creduto opportuno mettere in rilievo come questi concetti sembrino peccare di una certa unilateralità di vedute e non tengano troppo conto di quelli che sono i risultati, veramente pratici, delle due operazioni.

Da questo lato anche l'O. ha tenuto a mettere in evidenza che le osservazioni a più lungo decorso sembrano essere piuttosto a favore dei pericardiectomizzati. Quando, però, si vadano a fare i conti, si vede che le differenze non sono poi tanto grandi, perchè se dopo la pericardiectomia vi sono sopravvivenze di 10 e di 11 anni, non mancano neanche dopo la Brauer sopravvivenze altrettanto lunghe ed anche più.

Senonchè, a carico della pericardiectomia, grava pesantemente il numero della mortalità operatoria (che è nove volte maggiore di quella della toracolisi) e postoperatoria immediata o molto precoce, che è il doppio rispetto alla operazione del Brauer, mortalità che non può essere messa in rapporto con le condizioni degli ammalati prima dell'intervento, perchè si deve supporre, per ragioni ovvie, che le condizioni degli infermi siano state presso a poco equivalenti e, se mai, con un certo vantaggio per la pericardiectomia.

La decorticazione del cuore rappresenta, indubbiamente, un intervento più completo della toracolisi; essa però, come ha già detto, è un'operazione difficile e gravata da una mortalità molto alta. D'altra parte la Brauer, mentre può dare anch'essa buoni risultati, sia pure un poco meno sicuri, espone, come intervento, a rischi senza paragone minori.

Uno dei problemi, perciò, che si presentano al chirurgo è quello che si riferisce all'opportunità di far correre all'ammalato l'alea di una operazione immediata più rischiosa, ma che sembra promettere qualche maggiore garanzia per l'avvenire più lontano, oppure se sia preferibile un intervento meno pericoloso, anche se per il futuro presenti qualche incertezza di più.

Al R. sembra che al momento attuale non vi siano ancora elementi sicuri per sostenere una preferenza assoluta di un'operazione sull'altra. Esaminando spassionatamente la questione, si ha l'impressione che i sostenitori della pericardiectomia guardino un po' troppo i successi e poco tengano conto di quello che costano, mentre della toracolisi vedono a preferenza gli insuccessi.

Non vi è dubbio che i perfezionamenti della tecnica, il maggiore allenamento degli operatori, la selezione più accurata e più agevole degli operandi, permetteranno di migliorare i risultati della pericardiectomia, mentre un altro elemento prezioso di giudizio sarà apportato dal tempo, che darà la prova più pratica dell'avvenire che attende gli operati.

Vi sono condizioni che influiscono sui risultati delle operazioni, che si possono eseguire nella pericardite adesiva, indipendentemente dal tipo dell'intervento, perchè si riferiscono allo stato dell'ammalato.

Tra queste condizioni vengono anzitutto i momenti etiologici che stanno alla base della pericardite. Non bisogna dimenticare che questa, molto spesso, se non sempre, è l'espressione locale di una malattia generale e che, per questo, gli interventi locali, praticati allo scopo di combattere i fenomeni meccanici dovuti all'ispessimento e alle aderenze del pericardio, non inferiscono per nulla su quello che può essere il decorso ulteriore della malattia fondamentale.

In questo campo rientra appunto la tubercolosi, che impone la massima prudenza nello stabilire la indicazione operatoria, la quale dovrà essere senz'altro esclusa, quando vi siano processi in corso di evoluzione.

Un'altra malattia che assume grande importanza ed in senso purtroppo sfavorevole per l'avvenire degli operati, è il reumatismo; la prognosi postoperatoria resta in questi casi sempre problematica, poichè le statistiche dimostrano quanto spesso la causa delle recidive e degli aggravamenti debba essere attribuita a ripresa del reumatismo, per cui il Pässler crede consigliabile, in presenza di una pericardite callosa, di procedere all'eliminazione dei possibili focolai di infezione, e specialmente delle tonsille malate e dei denti cariati.

Un fattore di importanza fondamentale per la

prognosi postoperatoria è rappresentato dalle condizioni del cuore e specialmente del miocardio; l'elettrocardiografia può fornire pertanto elementi utili di giudizio e va tenuta sempre in grande considerazione, perchè lesioni molto avanzate del miocardio controindicano l'intervento chirurgico. Tra i vizi valvolari è soprattutto la stenosi mitralica, che bisogna tenere di mira, tanto che il Brauer in questi casi ha trovato una controindicazione assoluta all'intervento, mentre il Bourne è un po' meno categorico.

Di grande importanza è anche il grado raggiunto dalle alterazioni del fegato, poichè non pochi sono i casi in cui l'assenza, l'insufficienza o l'arresto del miglioramento sono da attribuire, almeno in parte, alla cirrosi del fegato.

Da quanto precede risulta chiaramente tutta l'importanza che, per l'indicazione operatoria e la scelta dello intervento, hanno le condizioni in cui l'ammalato arriva al chirurgo. Riguardo a queste, tra gli operati si trovano individui che erano ancora in discrete condizioni, e soggetti in stato gravissimo o addirittura « disperato ». Sebbene non manchino osservazioni, nelle quali, tanto la Brauer quanto la pericardiectomia hanno provocato miglioramenti notevoli, anzi vistosissimi, in infermi ridotti in pessime condizioni, non è chi non veda essere preferibile, dovendo intervenire, specialmente con una pericardiectomia, non attendere che i pazienti siano arrivati all'ultimo grado della insufficienza circolatoria.

È questo un punto che deve richiamare specialmente l'attenzione dei medici, dai quali il chirurgo attende l'invito ad intervenire. Disgraziatamente, i medici non sembrano ancora ben persuasi di questa che dovrebbe sembrare a tutti una verità assiomatica. Lo stesso Vaquez che pure asserisce essere nella pericardite adesiva, l'indicazione operatoria « formale », ritiene che si debba ricorrere all'opera del chirurgo « quando i cardiocinetici, dopo essere stati per un certo tempo efficaci, cessano definitivamente di esserlo ». Ma di questa opinione non possono essere i chirurgi, i quali per essere in grado di garentire al paziente il massimo possibile giovamento dall'operazione, trovano necessario che il miocardio sia ancora in possesso di una buona capacità di lavoro.

A che scopo, del resto, si dovrebbe attendere che la presenza delle aderenze avesse messo il cuore nelle condizioni di non rispondere più ai cardiotonici, una volta che la pericardite adesiva è una malattia fatalmente progressiva e non suscettibile di essere guarita dalla cura medica? Non è preferibile, una volta che la diagnosi sia stabilita con sicurezza, operare senz'altro, per approfittare delle condizioni relativamente buone in cui si può trovare ancora il miocardio?

Una difficoltà, d'ordine molto pratico, a cui si può andare incontro, in questo caso, è rappresentata dalla ripugnanza che possono mostrare gli ammalati ad affrontare un intervento, quando possono ancora veder migliorare le proprie condizioni sotto l'azione di un regime e di un trattamento opportuno. Ma l'opera di persuasione sarà facile quando il medico sia per primo convinto che solo con la collaborazione del chirurgo, infermi, condannati inesorabilmente, potranno essere resi all'attività normale o almeno messi in condizioni di vita meno penose.

Comunicazioni sul tema di Relazione.

L. CONDORELLI (Bari). — *Il pneumo-mediastino diagnostico e terapeutico.* — Vengono riferite alcune ricerche eseguite dall'O. e dai suoi collaboratori sul pneumo-mediastino. Praticando il pneumo-mediastino anteriore il sacco pericardico viene ad essere del tutto staccato dalla faccia posteriore dello sterno, a meno che non vi siano aderenze. Eseguendo subito il controllo radiologico, si possono avere delle belle immagini, di indiscutibile valore diagnostico.

G. CAPUTI (Napoli). — *Influenza del pneumo-mediastino anteriore sulle ernie e sugli spostamenti mediastinici in corso di pneumotorace terapeutico.* — L'O. ha esperimentato con successo il pneumo-mediastino nel trattamento dell'ernia mediastinica con risultati superiori a quelli che si ottengono col pneumotorace controlaterale di sostegno.

A. FRANCAVIGLIA (Napoli). — *Il pneumo-mediastino nella diagnosi delle affezioni mediastino-pericarditiche.* — Dopo aver illustrato la semeiotica fisica, elettrocardiografica e radiologica del pneumo-mediastino, l'O. riferisce su alcuni casi di p. m. eseguito in soggetti normali ed in soggetti con mediastino-pericarditi.

G. PIERI (Belluno). — *Contributo alla cura della pericardite adesiva.* — L'O. riferisce su 3 casi di pericardite adesiva, da lui operati. Ritiene che la resezione dello sterno in aggiunta a quella delle costole sia in questi casi, oltrechè razionale, verosimilmente di grande importanza agli effetti del beneficio determinato dall'intervento.

ore 15 - 25 ottobre.

Presidenza: Proff. ALESSANDRI e FRUGONI.

Discussione della Relazione.

E. STORTI (Pavia). — L'O. mette in evidenza l'importanza che al fattore meccanico spetta nello stabilirsi e nel mantenersi delle asciti che si accompagnano a pericarditi adesive croniche.

F. SERIO (Palermo). — Riferisce su due casi di sinfisi pericardica in cui fu eseguita la frenicoexeresi con esito negativo nei riguardi delle modificazioni della sindrome clinica. Rileva la necessità di una precisa localizzazione diagnostica della fibrosi nei rapporti col diverso tipo di intervento chirurgico da eseguire. Raccomanda fra i mezzi che possono condurre ad un diagnostico esatto, la roentgenchimografia e l'esame radiografico nelle due posizioni verticali proposte da Parodi.

F. SCHIASSI (Bologna). — L'argomento che è stato oggetto della relazione in comune è di grande interesse: è ovvio quindi che debba considerarsi di particolare importanza ogni segno o gruppo di segni atti a svelare la pericardite adesiva. L'O. ricorda perciò il segno del Dagnini rappresentato dalla pulsazione visibile a tronco eretto non solo nel bulbo della giugulare, ma anche più in alto verso la mandibola e dal polso venoso epatico presistolico. Tale segno osservato in un soggetto a tronco eretto, in assenza di qualsiasi altro segno di lesione cardiaca, può far pensare alla sinechia pericardica.

G. M. FASIANI (Padova). — Riferisce tre casi di mediastino-pericardite. L'esame radiologico e la constatazione diretta durante l'intervento operatorio del pericardio sono elementi base per la scelta del metodo. Il radiologo può molto aiutare il chirurgo nella diagnosi, tanto più che alcuni elementi d'ordine radiologico possono essere conside-

rati essenziali. Riferisce di un caso da lui operato nel 1931, che non poteva compiere alcuna fatica, mentre oggi è in ottime condizioni, senza dispnea e capace di compiere sforzi anche superiori a quelli che possono compiere molti cardiopatici.

Perona (Padova). — L'O. dopo aver descritto il quadro chimografico delle pericarditi in atto dimostra casi di pericardite saccata, di pericardite cronica, di polisierosite e di esiti di pleurite in pleuro-pericarditi.

Richiama l'attenzione su nuovi segni di versamento in atto ed esito di versamento nelle pleuriti e conchiude con la necessità che tale metodo sia ulteriormente diffuso perchè è l'unico che consenta di studiare direttamente e simultaneamente tutti i punti delle marginali cardio-vascolari.

G. Jona (Venezia). — Desidera richiamare l'attenzione sull'analisi dello stato che si costituisce dopo l'operazione di Brauer, sia dal lato anatomico che funzionale. Anatomicamente non è detto chiaro se si ricostituisca un'aderenza totale tra cuore e parete disossata, oppure se si ristabilisce almeno parzialmente una pseudo-sierosa che permetta una limitata ma reale libertà di movimento al cuore. È difficile però che si verifichi la prima possibilità perchè in tal caso il cuore obbligato in tutti i suoi movimenti, resterebbe all'incirca nelle condizioni di prima, mentre in realtà ciò non avviene. È più probabile che riesca a ruotare indipendentemente dalla parete, ma vi è un altro elemento in cui il cuore viene ad urtarvi. L'O. ritiene che un certo grado di resistenza della parete è necessaria per dar tono al ventricolo sinistro nel periodo di chiusura della sistole e domanda quindi ai chirurghi se non credono possibile di ritornare ad una resezione parzialmente sottoperiostea onde ricreare, possibilmente, una parete, che mantenga all'urto del cuore il suo significato funzionale.

G. Forni (Venezia). — Riferisce su alcuni dettagli di tecnica operatoria in riferimento alla malata ricordata dal prof. Jona, precisando di aver eseguito oltre alla toracectomia precordiale la decorticazione del cuore (Rehn) con asportazione della parte anteriore del pericardio, intimamente aderente al miocardio.

Si sofferma quindi su alcune considerazioni di tecnica operatoria (sull'opportunità di praticare una resezione costale extraperiostea o sottoperiostea) e di fisiopatologia cardiaca.

D. Pace (Napoli). — L'O. ricorda due casi di mediastino pericardite adesiva riconosciuti soltanto all'autopsia. Sulla base della sua esperienza e della casistica l'O. ha proposto e ricorda una classifica chiarificatrice delle forme cliniche della sindrome adesiva. L'O. accenna poi alle indicazioni dell'intervento chirurgico e propone che non si debba autorizzare nessuno intervento, a parte i criteri clinici, qualora l'elettrocardiogramma dimostrasse alterazioni gravi del complesso elettrico ventricolare come l'onda T negativa e le note atipie del gruppo iniziale ventricolare.

A. Lurà (Mantova). — Riferisce il decorso dall'intervento ad oggi e le condizioni attuali di un malato di morbo di Pick, operato di cardiolisi nel 1927 dal prof. Torraca.

Concorda con la classificazione nosologica del Luisada, portando a confronto di essa due suoi casi.

Risposta dei Relatori.

A. Luisada (Napoli). — Tra le varie comunicazioni in tema di relazione, ricorda come particolarmente notevoli quella del prof. Condorelli e quella del dott. Storti.

Sarebbe superfluo spendere molte parole di commento al tema svolto dal prof. Condorelli, poichè le sue ricerche sul pneumo-mediastino sono state seguite anche dal R. ad ogni passo e per molte di esse ha fornito egli stesso i casi di studio: ciò indica come l'O. le ritenga di particolare importanza e degne di ogni attenzione.

Il dott. Storti ha accennato al risultato di ricerche sperimentali sulle mediastino-pericarditi. Nella relazione sono stati elencati varî motivi i quali fanno ritenere che non si possa senz'altro estendere all'uomo quanto si è ottenuto sull'animale, data la differente conformazione del sistema veno-epatico. D'altra parte le sindromi che ha studiato si svolgono nell'uomo con tanta lentezza, che permettono di eseguire qualsiasi ricerca. Egli ha riferito interessanti osservazioni eseguite sul plasma di questi malati. Sembra logico all'O. ritenere che quanto è stato trovato sia dovuto alle conseguenze dell'alterazione secondaria del fegato, a cui questi malati spesso vanno incontro. Se quindi tali alterazioni concorrono a determinare l'ascite, ciò può avvenire solo in un secondo tempo. L'importanza dell'elemento infiammatorio è documentata dal reperto di fatti aderenziali e di periepatite, reperto abituale nelle forme che l'O. ha chiamato mediastino-peritoneali.

Il prof. Schiassi ha ricordato un sintoma venoso descritto da Dagnini. L'O. conosceva questo segno, consistente nell'accentuazione dell'onda presistolica dell'epatogramma. Non ne ha fatto menzione (così come di altri segni descritti), perchè non riesce a inquadrare tale segno nel complesso delle conseguenze delle mediastino-pericarditi adesive; dirà di più: ritiene che esso sia esponente di alterazioni del tono e della contrattilità del miocardio o di alterazione nel funzionamento degli apparati valvolari e che le modificazioni del flebogramma o dell'epatogramma siano meno evidenti di ciò che sarebbero se un cuore ugualmente alterato non fosse ostacolato nella sua dinamica anche dai processi adesivi. Ciò esclude che tale sintomo possa venir utilizzato per la diagnosi.

Il prof. Fasiani ha mostrato dei magnifici radiochimogrammi ed ha discusso con particolare competenza diagnostica i criteri seguiti prima di passare all'atto operativo; non può quindi che apprezzare nel modo più completo lo studio svolto e riferito in modo così brillante.

Circa le possibilità della radiochimografia, lumeggiate da Serio e da Perona, concorda pienamente con loro nell'ammettere che questo nuovo mezzo dovrà prendere un posto importante tra i varî ausiliarî diagnostici che abbiamo. Non ne ha parlato molto nella relazione, poichè i casi descritti nella letteratura erano rarissimi e quasi tutti senza controllo autoptico. Crede però che non si debba dare valore alla immobilità uniforme del margine cardiaco (la quale può verificarsi anche per altre condizioni patologiche), ma alla immobilità di parte del margine stesso. È bene in ogni modo ricordare che esistono casi di mediastino-pericardite adesiva con aumento di pulsatilità del margine (p. es. quelli di Brauer).

Il prof. Jona giustamente dice che spesso questi malati non reagiscono alla digitale, non per deficienza irreparabile del miocardio, ma perchè la natura stessa delle lesioni impedisce l'effetto

del farmaco; perciò non si dovranno giudicare inoperabili dei malati che non migliorano per effetto dei cardiocinetici.

Il prof. Pace chiede in qual modo si può indicare al medico pratico il nesso logico che deve guidarlo nella diagnosi; sarebbe troppo lunga la risposta: si limita quindi a ricordare il caso XVI e il caso XXVIII, tra quelli studiati; il lettore ricostruirà facilmente il meccanismo per cui si giunse alla diagnosi. Il prof. Pace ammette che nel giudicare se il malato può resistere all'atto operativo, si può dar valore all'esistenza di alterazioni dell'onda T dell'elettrocardiogramma, ritenendole elemento sfavorevole. Ciò può esser esatto, ma non si può escludere che tali alterazioni siano date da processi adesivi comprimenti le coronarie e che l'atto operativo riesca a sbrigliarle, migliorando le condizioni del miocardio.

Il prof. Lurà porta un certo numero di casi assai interessanti e molto ben documentati. Concorda pienamente con lui nell'osservazione che i soggetti ipertiroidei con cuore eretistico hanno frequentemente onda *v* della curva respiratoria più profonda della norma e, in coincidenza di essa, intercisione respiratoria ben udibile coll'orecchio.

Ringrazia tutti gli OO. per le loro parole cortesi e per i rilievi che hanno fatto, portando un contributo allo studio, così complesso, ma così interessante, delle forme adesive e callose del mediastino.

L. TORRACA (Napoli). — Ringrazia gli OO. che hanno preso parte alla Discussione portando il contributo della loro esperienza, sia nei riguardi della diagnosi che della cura chirurgica delle pericarditi adesive.

Terminata la discussione sulle mediastino-pericarditi croniche il PRESIDENTE presenta all'Assemblea il prof. HEITZ-BOYER di Parigi, il quale svolge una interessantissima comunicazione, illustrata da proiezioni cinematografiche, sulla « Radiochirurgia viscerale ».

Ha chiuso infine la seduta pomeridiana una conferenza del prof. VITTORIO MARAGLIANO su « La Marconiterapia ».

Nella seduta antimeridiana del 26 ottobre, il prof. PANEGROSSI, direttore del Reparto « Regina Elena » al Policlinico di Roma, ha tenuto una dotta conferenza sulla « Cura Bulgara dell'Encefalite e dei suoi postumi ».

S. M. la Regina si è degnata di onorare di Sua Augusta presenza tale seduta. Gli effetti benefici di questa cura, illustrati in un film dall'O., sono stati seguiti attentamente dalla Sovrana, che, come è noto, si è fatta iniziatrice e fervida sostenitrice delle Istituzioni sorte in Italia per la cura dei parkinsoniani post-encefalitici.

La conferenza del prof. PANEGROSSI è stata coronata da vivi applausi.

* * *

A sede del prossimo Congresso è stata fissata Roma.

I temi all'Ordine del giorno sono:

Scompenso cardiaco: prof. D. CESA BIANCHI;

Lipodistrofie e magrezza costituzionale: prof. F GALDI;

I tumori sellari (in comune con la Società Italiana di Chirurgia).

A. POZZI.

XLII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Continuazione e fine; v. num. 49).

Ottobre 1935 - ore 15.

Comunicazioni.

SOLIERI S. (Forlì). — *Importanza chirurgica di alterazioni anatomo-patologiche della parete della vena cava inferiore.* — L'O. illustra una osservazione di rottura chirurgica della vena cava inferiore dopo una nefrectomia destra per piouronefrosi.

La rottura avvenne per la semplice compressione di un batuffolo di garza dopo la nefrectomia nell'atto di asciugare il fondo della ferita e può quindi essere considerata quasi spontanea.

La breccia sulla vena fu curata con la sutura. L'operata morì in terza giornata. Estratta la vena cava si misero in evidenza alterazioni anatomopatologiche della parete venosa a forma di nicchia o di diverticolo di varia grandezza. L'esame istologico molto dettagliato e minuzioso mise in evidenza alterazioni degenerative prevalenti nella tunica media muscolare che in certi punti era del tutto scomparsa.

Queste circostanze dànno ragione del modo quasi spontaneo con cui la parete si lacera.

CHIASSERINI A. (Roma). — *La tiroidectomia totale quale trattamento chirurgico dell'angina di petto e degli scompensi cardiaci.* — Riferisce di 4 casi così operati, ne discute le indicazioni e riporta gli ottimi risultati ottenuti in alcuni dei casi operati. È dell'opinione che il meccanismo di azione consista essenzialmente nella riduzione del ricambio. Non ha avuto paralisi del ricorrente.

RUGGERI E. (Bologna). — *Lobectomia in un tempo in un caso di bronchiettasia del lobo inferiore destro. Guarigione.* — L'O. riferisce su un'operazione di lobectomia, eseguita dal prof. Paolucci, direttore della R. Clinica Chirurgica di Bologna, in un giovane di 26 anni affetto da bronchiettasie cilindriche del lobo inferiore destro. La malattia ha avuto un inizio presso che acuto nel settembre 1932, ed ha presentato in seguito diverse remissioni e diverse riacutizzazioni. Dal punto di vista patogenetico il quadro clinico ha fatto pensare ad una forma di bronchiettasie acquisite insorte su una predisposizione congenita.

Dopo una lunga preparazione preoperatoria il malato è stato sottoposto alla lobectomia in un solo tempo secondo la tecnica di Roberts e Tudor Edwards. Il decorso postoperatorio, complicato da un empiema intervenuto dopo 10 giorni ma rimasto limitato, è stato quanto mai soddisfacente. Attualmente l'operato è guarito.

L'O. esprime alcune considerazioni suggerite dal caso, ed espone le idee della Scuola circa la discussa questione se, per l'esito di un'operazione di lobectomia, giovi più una pleura libera oppure una pleura aderente.

La comunicazione è stata corredata da documentazioni radiografiche e dalla presentazione dell'operato.

CASCINO R. (Modica). — *Intervento in un caso raro di emoangiocavernoma epatico.* — L'O. riferisce un caso raro di emoangiocavernoma del fegato, in una donna che portava anche un grosso tumore uterino.

Aperto l'addome per l'isterectomia e praticatala fu ricercato il tumore del fegato, tumore che dava i suoi sintomi clinici, ed asportato. Solo l'esame istologico precisò la diagnosi di emoangiocavernoma.

Il tumore viene considerato come un amartoma, cioè disturbo dello sviluppo embrionale che condurrebbe poi alla formazione del tumore.

Questi tumori si osservano principalmente nelle donne che hanno avute molte gravidanze o portatori di tumore uterino, come nel caso studiato.

L'intervento fece temere per l'imponente emorragia, la quale in quasi tutti i casi studiati in letteratura (una ventina appena) è stata la causa della morte. L'emorragia fu frenata per una sutura improntata per il caso: stringendo i punti per l'emostasi del margine epatico accollando da una parte il ligamento falciforme del fegato (nel caso molto allungato) e dall'altra il grande epiploon ripiegato in due.

L'O. non crede di dare importanza a questa sutura improntata come un metodo speciale suo, ma la rende nota perchè, sorta così spontanea per la necessità del momento, può essere ugualmente pratica ed utile in caso di ferite o suture del fegato.

L'esito felice ha coronato l'intervento ed ha spinto l'O. ad aggiungere alla statistica il caso che si unisce ai pochi operati felicemente.

Stoppato M. (Firenze). — In occasione della comunicazione del prof. Cascino ricorda di avere avuto occasione di operare un caso di amartoma del fegato di piccole dimensioni (grossa noce) sviluppatosi in prossimità del margine anteriore del fegato in una giovane donna. Il tumore, che era stato diagnosticato come probabile cisti da echinococco, aveva subìto un modico aumento di sviluppo dopo una gravidanza.

Gamberini (Bologna). — *Sull'ulcera peptica postoperatoria.* — Riferisce di 23 casi di ulcera peptica postoperatoria, di cui 2 guariti spontaneamente. La percentuale di questa complicazione è del 3 % nei suoi casi di G. E. È fautore da molti anni della resezione gastrica: però anche in resecati ha notato ulcere digiunali. Da alcuni anni allarga l'indicazione alla operazione di Judd.

Sostegni (Milano). — *Frequenza e causa di errore nel diagnostico differenziale tra appendicite ed annessite acuta nella pratica chirurgica d'urgenza.* — In base all'osservazione di un cospicuo numero di annessiti acute scambiate per appendiciti, discute dell'importanza di alcuni sintomi, e per il diagnostico differenziale avvalendosi di osservazioni compiute collateralmente su un cospicuo numero di appendiciti.

I segni diagnostici differenziali per l'aumento sarebbero la febbre elevata, la difesa meno accentuata, il dolore più diffuso, ecc.

Taddei D. (Firenze). — *La colostomia del trasverso.* — L'O. illustra le ragioni, per le quali nelle affezioni del tratto sinistro del colon trasverso dell'angolo splenico, del discendente e del sigma nei casi nei quali abitualmente si ricorre alla creazione di una fistola cecale (feci liquide ad emissione continua, maceranti, irritanti incompleta fuoruscita delle feci, frequenza di prolasso) ed in certi casi nei quali si ricorre alle anastomosi ileo- o ileo-trasverse o sigmoidee (passaggio di feci per il tratto che si vuole escludere, maggior gravità dell'intervento) sia preferibile l'ano sul trasverso.

Questo con breve scollamento colo-epiploico si presta bene alla formazione di un ano sia mediale ombelicale o sopra o sottoombelicale sia paramediano (trasrettale o pararettale).

L'O. secondo i risultati della sua esperienza crede migliore l'ano ombelicale (con escissione ellittica dell'ombelico) per sezione, in due tempi. Egli descrive la tecnica sua personale che permette mediante l'uso dello strumento di von Petz di ottenere la sezione elittica del colon. Ne dimostra i vantaggi: sicurezza dell'abboccamento del cavo orale, benignità dell'operazione asettica in anestesia locale, emissione intermittente dall'ano neoformato di feci solide non irritanti, emissione da questo delle feci con sicura esclusione del tratto del colon sottostante.

Si ferma sulla minore gravità e maggiore facilità dell'eventuale intervento successivo per ottenere la ricanalizzazione, quando si voglia fare un ano temporaneo (non bisogno di resezione come nell'ano per flessione, ma semplice chiusura del moncone abboccato alla cute e successiva anastomosi latero-laterale fra i due monconi vicini e facilmente avvicinabili).

Se l'ano è transrettale può, per quello che vale, essere utilizzata la contrazione del muscolo retto a scopo di continenza volontaria.

Caucci A. (Ancona). — Si associa alle considerazioni del prof. Taddei per preferire l'ano del trasverso alla fistola cecale. Aggiunge che egli da qualche anno (come ha comunicato in questa assemblea) usa eseguire l'ano trasversario anche in sostituzione dell'ano sul sigma, di cui assume quasi tutte le indicazioni, comprese quelle per la chirurgia del retto.

26 ottobre - ore 9.

Presidenza: Prof. Angeletti.

Comunicazioni.

R. Alessandri (Roma). — *Cura operatoria del cancro del retto per la via sacrale.* — Crede la via sacrale preferibile nella cura del cancro del retto, ma non con la tecnica tipica del Kraske che egli ha dapprima seguìto, ma non avendo avuto buoni risultati ha poi abbandonato, preferendo per i cancri bassi la via perineale con amputazione del retto per lo più secondo Lockart Mummery o, meno frequentemente abbassando il sigma alla pelle con ano artificiale perineale. La L. M. è sempre una buona operazione che talvolta fa ancora.

Il metodo addomino-perineale che ha seguìto da vari anni è certamente una operazione completa che però ha una mortalità piuttosto alta e si può fare solo in individui non molto grassi e in buone condizioni. Nei giovani (e nella sua statistica i giovani e giovanissimi sono frequenti) la via addomino-perineale si compie bene per la integrità del cuore e l'assenza di tare non ha una mortalità eccessiva.

Però anche con l'addomino-perineale, le recidive sono all'ordine del giorno, specie appunto nei giovani.

La via sacrale, ripresa oggi dai tedeschi su vasta scala (mentre francesi, inglesi e americani si mantengono alla perineale o all'addomino-perineale) nelle modifiche di Voelker, Kirschner e specialmente Goetze rappresenta un miglioramento notevole e da qualche tempo da lui viene seguìta

abitualmente. In Italia crede di essere tra i primi a seguire questa via. L'operazione si può fare in un tempo e si presta bene sia per la resezione che per l'amputazione. È importante la posizione: ci sono dispositivi come quelli di Kirschner; l'O. ha usato il banchetto di Egidi che si è dimostrato perfettamente adatto. L'incisione va fatta dalla punta del coccige all'ano poi divisa a Y in modo da scoprire la faccia posteriore del sacro. Viene resecato il sacro a livello della linea di Bardenheur. L'importante è di scollare bene la fascia pelvica e legare la sacrale media e l'emorroidaria superiore. Si scolla tutto verso l'avanti, poi si apre il peritoneo, si abbassa il sigma e se necessario si rilega la mesenterica inferiore. Il resto dell'operazione si compie come nella sacrale. Se si fa l'amputazione è facile fare un ano sacrale o chiudere il moncone e fare un ano definitivo iliaco. Pure la resezione nei cancri alti è un metodo ottimo perchè consente di eseguirla facilmente. L'anastomosi va fatta preferibilmente con invaginazione. Crede che questa via dal punto di vista operatorio rappresenti la tecnica preferibile e ha voluto raccomandarla ai colleghi per un'esperienza più larga.

BUFALINI (La Spezia). — *Roentgenterapia preoperatoria nei tumori renali.* — Riferisce su di un caso di tumore renale giudicato inoperabile in un primo intervento, ed asportato felicemente in un secondo intervento, dopo la Roentgenterapia che producendo degenerazioni massive ha diminuito il volume del tumore e lo ha reso più facilmente mobilizzabile.

O. MARRONI (Roma). — Espone i risultati ottenuti col suo metodo di cura, già illustrato in altri congressi, nel trattamento delle coxiti e spondiliti. Da questa esposizione, emergono due serie di fatti:

A) 1) Ripristino delle funzioni articolari dove non sia già avvenuta l'anchilosi per ritardo nel trattamento.

2) Recalcificazione delle ossa, con scomparsa dello stato osteo-atrofico caratteristico.

3) Persistenza della guarigione a distanza di lungo periodo di anni.

4) Notevole stato di miglioramento e guarigione a distanza di altre lesioni.

B) 1) Il trattamento di queste forme non devia dal trattamento usato per altre sedi.

2) Limitazione assoluta dell'immobilizzazione e del tiraggio, solo ai casi in cui sia necessario correggere posizioni viziate.

3) La cura solare e marina deve servire come semplice cura « adiuvantis » ed avere limitazione di tempo onde evitare conseguenze spiacevoli.

4) Non appena ci sia scomparsa del dolore e le condizioni generali lo permettano, l'organismo deve uscire dallo stato di immobilità, onde favorire il riacquisto della funzionalità articolare.

LEO (Milano). — *Riproduzione della testa omerale distaccata da trauma e chirurgicamente asportata.* — Si espongono le ragioni anatomiche fisiologiche e patologiche di un caso, dimostrato radiograficamente, di rigenerazione della testa omerale destra con ripristino perfetto della funzione della spalla, in un bimbo di 4 anni che, investito da un'automobile, aveva riportato il distacco della testa dell'omero per frattura completa endoarticolare alta comminuta del collo chirurgico e forte spostamento termino-laterale dei frammenti, curato cruentemente mediante l'asportazione di tutto il moncone prossimale costituito dalla testa omerale distaccata e dalle schegge ossee di pertinenza del collo chirurgico.

STOPPATO, BASTAI, DOGLIOTTI (Firenze). — *Ulteriori osservazioni nella paratiroidectomia nel morbo Buerger. Con presentazione di malati.* — Comunica quattro casi di morbo di Buerger curati con paratiroidectomia reale e fisiologica. Si è avuto in tutti buoni effetti immediati e tre dei casi riferiti perdurano da parecchi mesi. L'ultimo caso è stato operato solo da un mese.

CHIAROLANZA (Napoli). — *La cura chirurgica delle lesioni tardive da paraffina (con proiezioni).* — L'O. illustra i criteri e la tecnica che egli segue nella cura chirurgica dei paraffinomi.

Parla dei paraffinomi del volto consecutivi alla introduzione di paraffina a scopo di correzione estetica e della tecnica che egli segue per evitare deformità di cicatrici. Si diffonde poi a trattare altre localizzazioni, le inguino-scrotali, quelle periarticolari, e quelle soprattutto della gamba e del piede. Descrive la tecnica degli epithelial-Inlay, che egli ha trasportata dalla cura delle deformità facciali, proposta da Esser, a quella delle vaste perdite di sostanza degli arti. Ne mette in rilievo tutta l'importanza pratica.

Con numerose proiezioni l'O. dà la documentazione del suo assunto.

TARANTINO (Perugia). — *La reazione attuale dei liquidi articolari in varie forme di artropatie.* — L'O. ha praticato ricerche sulla reazione attuale dei liquidi articolari in artropatie di natura traumatica ed infettiva. Le modificazioni della reazione attuale osservate in tutti i casi, secondo l'O., non debbono essere interpretate come un fenomeno difensivo attuato dall'organismo ma come il risultato di processi svariati inerenti al fatto patologico.

MASTROSIMONE (Napoli). — *Ferita da punta e taglio del pericardio.* — L'O. comunica un caso occorsogli in pratica ospedaliera di un giovane ventenne con ferita da punta e taglio al IV spazio intercostale sinistro penetrante in cavità che, per l'insieme impressionante dei sintomi, richiese un rapido intervento. Praticato un sufficiente sportello costale si dovè constatare trattarsi di una ferita del solo pericardio che si suturò al catgut. Il decorso postoperatorio è stato senza incidenti. La guarigione completa. L'O. prende l'occasione per fare alcune considerazioni sia sulla diagnosi che sull'intervento.

Nell'ultima seduta del Congresso furono proiettate numerose pellicole cinematografiche di operazioni praticate dai proff. R. Paolucci (Bologna), E. Angeletti (Bologna), Sanvenero-Rosselli (Milano), Lembo (Napoli).

A sede del prossimo Congresso è stata fissata Roma.

I temi all'Ordine del giorno sono:

1) Fratture della colonna vertebrale (relatori: proff. Donati e Antonucci);

2) Chirurgia dei nervi cranici (relatori: proff. Fasiani e Dogliotti);

3) Nefriti e nefrosi (relatore: prof. Mingazzini) in comune con la Società di Medicina Interna.

P. VALDONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla fragilità abnorme delle ossa.

Fuss (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 182, pag. 425, 1935) ha osservato un caso tipico con sclere blu, otosclerosi e che aveva avuto numerose fratture patologiche, tutte però consolidate in modo normale. La caratteristica radiologica è rappresentata da una corticale molto sottile, da una aumentata trasparenza dell'osso. La struttura della spongiosa, tranne che nei casi molto gravi, è conservata e le epifisi sono normali.

Per quanto riguarda la genesi, la teoria più accettata è quella che ammette una particolare minorazione del tessuto mesenchimale, l'ipotesi di alterazioni delle glandole a secrezione interna è meno accetta. La diagnosi differenziale va posta con la osteomalacia e la rachitide e per i quadri caratteristici di questa affezione, non è difficile. Anche la nessuna efficacia di qualsiasi cura nei casi di fragilità delle ossa ha valore discriminante deciso nei casi in cui si possa restare in dubbio.

Fuss crede che perfettamente analoga all'affezione di cui descrive il caso sia l'osteogenesi imperfetta che si differenzierebbe essenzialmente perchè le alterazioni ossee si stabilirebbero durante la vita intrauterina. In sostegno di questa ipotesi riferisce 3 casi osservati in cui la madre è un tipico esempio di fragilità delle ossa, il figlio (22 a.) di osteogenesi imperfetta, la figlia (20 a.) ha i caratteri dell'una e dell'altra malattia. Questi casi sono interessanti anche perchè molto raramente esistono casi di osteogenesi che siano arrivati a età adulta.

P. VALDONI.

Studio critico sull'osteopecilia.

G. Bertè (*Bollett. e Atti Accad. Lancisiana*, 1935, n. 1) riferisce su un caso di osteopecilia, in cui c'erano nelle varie ossa zone di iperopacizzazione senza rarefazioni ossee, ma solo minore opacità in toto delle ossa interessate.

Da un esame della letteratura il Bertè conclude che la malattia ha insorgenza giovanile e sul principio le zone iperopacizzate hanno disseminazione modesta e sono sempre accompagnate da diminuita densità di opacizzazione delle metafisi ed epifisi delle ossa tubulari senza alterazione d'aspetto della costituzione ossea.

Ci sono poi alcuni casi in cui si associano rarefazioni che danno all'osso un aspetto bucherellato.

Secondo Bertè, poichè in radiogrammi successivi le chiazze di osteopecilia rimangono immutate mentre aumentano le alterazioni di tipo periostitico ipertrofizzante iperplastico, ritiene che sul processo cronicissimo di osteopecilia si sovrappone un processo di osteoperiostite iperplastica.

L'osteopecilia costituisce una diminuzione di resistenza del tessuto osseo e crea la disposizione ad affezioni successive del sistema scheletrico (periostiti, ecc.) o dipende anche essa da un'alterazione trofica di origine paratiroidea?

Dall'esame dei casi pubblicati risulta che nei soggetti a tasso calcico basso o normale non esistono rarefazioni ossee, che invece si hanno in soggetti a tasso calcico elevato.

Secondo il Bertè in un primo periodo si ha ipofunzione ghiandolare con ipocalcemia ed aumento del tasso calcico nelle ossa, e in un secondo periodo iperfunzione paratiroidea con ipercalcemia.

Il determinismo causale diretto dell'osteopecilia deve ricercarsi in piccole emorragie intraosteali (nelle forme di osteopecilia a chiazze) e nell'ischemia continuativa segmentaria d'origine neurovasale (nella forma a strie).

R. LUSENA.

Un caso di morbo di Paget con sarcomi multipli delle ossa.

Kienböck e Selka (*Br. Beit. z. Klin. Chir.*, v. 162, p. 246, 1935) comunicano un raro ed interessante caso; un malato di 47 anni, affetto da tubercolosi polmonare, presentava una scleromalacia multipla dello scheletro. L'esame radiologico dimostrava non soltanto le usuali alterazioni ossee del morbo di Paget, ma anche multipli tumori ossei; questi erano impiantati sulla superficie esterna dell'osso, senza distruggere questo, ed erano fortemente ossificati: « sarcomi secondari parostali ».

I tumori erano in numero di almeno una dozzina, in apparenza originati indipendentemente gli uni dagli altri.

Essi avevano prodotto metastasi multiple, in parte negli organi interni, in parte nelle ossa, di diversa grandezza, sempre fortemente ossificate.

L'autopsia confermò i reperti clinici e radiologici.

P. STEFANINI.

Le fratture dell' "eminentia intercondyloidea ,,.

Le fratture dell'e.i.c. non appartengono alle rarità: e bisogna pensarvi in presenza di lesioni traumatiche del ginocchio. Guszich A. (*Br. Beit. z. Klin. Chir.*, v. 161, p. 459, 1935) ne riporta 6 casi osservati nella IIª Clinica Chir. di Budapest. La diagnosi clinica non è facile; segni quasi costanti sono il forte dolore improvviso al momento del trauma, l'impossibilità di caricare l'arto leso. Il ginocchio è esteso e non può venir flesso anche se non c'è versamento. Segno caratteristico è il blocco che talora non si può ridurre che in narcosi.

Talora la frattura dell'e.i.c. è accompagnata da rottura dei legamenti crociati o distacco del menisco. La radiografia permette la diagnosi di sicurezza; l'A. consiglia la radiografia

in 2 proiezioni a ginocchio flesso; mentre ha sfiducia in tutti i mezzi di contrasto intraarticolari.

La prognosi è buona, seppure queste fratture guariscano di regola con la formazione di una pseudo-artrosi.

La teoria adottata dall'A. è stata una fissazione, a ginocchio semiflesso con stecca gessata posteriore, di breve durata seguìta da precoce mobilizzazione e massaggio. Interventi non sono necessari se non per asportare frammenti liberi. Il risultato funzionale fu sempre buono. P. STEFANINI.

La osteotomia della fibula già consolidata a scopo di cura nella ritardata consolidazione della tibia.

H. Regele (*La Chirurg. Org. di Movim.*, fasc. 1, vol. XXI, 1935) ricorda come in molte fratture complete di gamba, il perone consolida molto prima della tibia. Ciò si osserva più frequentemente da quando tali fratture vanno curate con la trazione ossea transcheletrica, poichè per errore, tale trazione va spinta oltre il necessario, causando una diastasi nei monconi tibiali che manca nei monconi peroneali a causa della maggiore resistenza paraossale di quest'osso.

Il perone consolidato fa da stecca ed impedisce che durante la deambulazione il carico assiale, stimolo specifico per le guarigioni delle fratture di gamba, eserciti il suo valore curativo sulla frattura tibiale.

Riporta 2 casi osservati a Vienna nell'Istituto del famoso Böhler, in cui la pseudoartrosi guarì dopo l'osteotomia della fibula consolidata, cui seguì apparecchio ambulatore tipo Böhler e la prescrizione di 4 km. di marcia al giorno.

Anche io ho potuto guarire con tale metodo una grave pseudoartrosi di gamba seguìta a frattura di gamba esposta in cui il perone era consolidato, mentre il callo tibiale era completamente fibroso.

Quando la pseudoartrosi non ha la genesi su descritta, l'A. ricorda che, nell'Istituto di Böhler si usa con successo la perforazione alla Beck in sede di pseudoartrosi.

A proposito ricordo che il prof. Alessandri ha lo scorso anno applicato con successo la perforazione alla Beck in una grave pseudoartrosi di gamba. R. GRASSO.

La finestra capsulare nelle operazioni sul ginocchio.

Mandl (*Deutsch. z. Chir.*, marzo 1934) osserva che il versamento postoperatorio è uno degli inconvenienti costanti delle operazioni sulla articolazione del ginocchio. Nel 35 % dei casi il permanere di tale versamento a guarigione operatoria compita, è una causa di ritardo di ripresa funzionale tale da giustificare i vari provvedimenti terapeutici tentati (massaggio, puntura). L'A. ha adottato in 66 casi il procedimento seguente: Traverso la incisione da artrotomia viene afferrato con un Klemmer a denti acuti la sinoviale della borsa sottoquadricipitale. Quindi si estroflette la sinoviale e si praticano due incisioni una mediale e una laterale. Quindi si chiude. Dopo 2 giorni dall'operazione si fanno fare movimenti ginnastici. In questo modo, traverso la breccia e le comunicazioni vascolari e linfatiche della regione circostante, si provoca un rapido svuotamento dell'essudato o transudato che si vada formando.

Recentemente nel corso di due anni l'A. ha praticato 42 artrotomie: in 10 non praticò finestre, in 32 sì. Mentre su 32 casi si presentò solo 4 volte un versamento. Nei 10 casi non fenestrati, 10 volte.

L'A. aggiunge una sua critica sulle varie incisioni da artrotomia e insiste sulla preferibilità delle due piccole incisioni lateralmente al leg. patellare. ALDO CALÒ.

SEMEIOTICA

Il significato della piuria nei bambini.

A. B. Hepler e R. T. Scott (*Journ. amer. med. assoc.*, 17 agosto 1935) osservano che i pediatri tendono a valutare l'importanza della piuria nei bambini sulla base quantitativa e ad ammettere che poche cellule di pus sono normali od indicano una contaminazione, mentre una grande quantità indica un'infezione od una malattia del tratto urinario. Finora non sono stati fatti studi sistematici in materia; dall'esame di 694 bambini fatto durante 9 mesi, gli AA. concludono come segue:

1) Per una diagnosi di malattia urinaria nei bambini, è necessario il cateterismo; il 99 % di 692 bambini aveva pus nell'urina raccolta dal vaso, mentre soltanto il 13 % ne aveva in quella raccolta col catetere.

2) La quantità di pus nell'urina prelevata col catetere non indica affatto la gravità della malattia. In 24 bambini con malattia urinaria accertata, vi erano le stesse lesioni, pur avendosi conteggi variabili da 1 cellula a 20 per campo. Nel 50 % dei bambini con malattia urinaria accertata, alcuni dei quali con lesioni avanzate e con infezione grave la quantità del pus era inferiore a quella considerata come normale.

3) Il considerare la piuria persistente o ricorrente come un criterio per uno studio renale completo porta spesso ad un lavoro inutile, poichè nel 37 % dei bambini che si trovavano in tali condizioni non vi erano segni di malattia urinaria. Parecchie volte le lesioni ostruenti erano silenti e la presenza di poche cellule di pus era la sola indicazione del processo patologico. Comunque, è meglio il praticare degli esami inutili che il lasciarsi sfuggire dei processi non pienamente palesi.

4) Molte lesioni urologiche nei bambini sono silenti: soltanto in 10 dei 26 bambini con ma-

lattie del tratto urinario vi erano sintomi subbiettivi riferibili al tratto urinario; gli altri 16 furono scoperti per la presenza di piuria.

5) Le complicazioni urinarie nei bambini con tubercolosi osteo-articolare, non sono frequenti e la prolungata permanenza negli apparecchi non tende a favorire la stasi urinaria, l'infezione e la formazione di calcoli.

6) Nella determinazione del tipo di microorganismo, i risultati ottenuti con lo striscio, hanno concordato nel 92 % con quelli avuti mediante la coltura.

fil.

MEDICINA SOCIALE

Gli insuccessi dell'ostetricia operativa a domicilio e la prognosi materna e fetale.

A. Chimenti (*Clinica Ostetrica*, agosto 1935) fa rilevare i pericoli che possono derivare dall'assistenza ostetrica a domicilio, basandosi sull'osservazione di 136 partorienti che a domicilio avevano subito degli interventi senza successo, sicchè dovettero essere ricoverate in Clinica. Quivi, la mortalità è stata forte, arrivando quella materna all'8 % e quella fetale al 79,5 %. L'A. ne conclude che l'assistenza ostetrica a domicilio va ristretta in limiti molto circoscritti.

Il problema è indubbiamente importante e le conclusioni dell'A. sono pienamente giustificate sebbene i dati rappresentino solo una parte della verità, in quanto che la statistica dell'A. comprende soltanto i casi disgraziati, mentre non possono figurarvi quelli in cui l'intervento ha avuto un buon esito e che avrebbero abbassato le percentuali della mortalità. Ad ogni modo, l'A. ha fatto bene a prospettare la questione e soprattutto a riportare l'abbondante casistica che serve mirabilmente da esempio. Certo si rimane meravigliati al leggere che su 38 presentazioni di spalla infruttuosamente trattate si sia ricorso soltanto una volta alla narcosi e che si siano fatte in precedenza delle iniezioni di pituitrina. La lettura del lavoro dell'A. è quindi molto interessante e istruttiva ed il pratico potrà da essa apprendere più che dallo studio di qualche capitolo di un trattato perchè l'ammaestramento balza dalla viva cronaca dei fatti (come accade per la « Rubrica degli errori » dello stesso periodico).

L'assistenza ostetrica a domicilio non può evitarsi; vi sono migliaia di paesi in cui non ve ne può essere altra ed il medico condotto deve dedicarvisi con seria coscienza, apprezzando quanto possano valere le sue forze:

« *quid valeant humeri quid ferre recusent* »

e chiamando tempestivamente il soccorso di persona capace. In tal modo, egli potrà validamente contribuire alla salvezza di due vite ed al problema demografico.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

Infezione permanente da ultravirus tubercolare; effetti sulla gestazione e sulla prole.

F. Arloing e A. Dufourt (*Acad. de Médecine*, Parigi, 19 novembre 1935) hanno cercato di recare un contributo allo studio degli effetti dell'infezione permanente da ultravirus tubercolare sulla gestazione. Essi hanno, a tale scopo, utilizzato il metodo del prof. Sanarelli di Roma, introducendo nella cavità peritoneale di cavie femmine dei sacchetti di collodio riempiti di filtrati di colture di tubercolosi umana isolate di recente. Dopo di che le femmine venivano collocate insieme ai maschi.

Dalle esperienze degli AA. è risultato che la coltura in vivo dell'ultravirus tubercolare in sacchetti di Sanarelli, conferma la diversità degli effetti patologici provocati a seconda della loro rispettiva virulenza, dalle iniezioni dirette di filtrati sulle femmine in gestazione e sui loro prodotti.

Così, i filtrati poco attivi permettono che la gestazione si svolga in modo normale ed anche i neonati si sviluppano normalmente.

Con filtrati di virulenza intermedia si effettua bensì la fecondazione ed anche la gestazione arriva a termine; ma i neonati rimangono ipotrofici e finiscono per soccombere in uno stato di denutrizione progressiva come quella presentata dai neonati di madri tubercolotiche (Couvelaire).

Infine, i filtrati molto attivi possono ostacolare la fecondazione o produrre l'aborto, determinando una cachessia progressiva e mortale.

M. P.

VARIA

Lettura a libro assente.

All'Istituto di Medicina legale di Riga (Lettonia) è stato recentemente studiato il caso di una bambina di 10 anni considerata come tardiva la quale ripete ad alta voce il testo di un libro che viene letto mentalmente da una persona che si trova nella stessa stanza, ma lontana da essa.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

E. SCHREIDER. *Facteurs physiologiques et psychologiques de la prédisposition aux accidentes.* — Pubblications du « Travail humain », Serie A, n. 2, Parigi.

Relazione al Parlamento sull'andamento dell'Ente Autonomo per l'Acquedotto Pugliese. — Soc. Editrice Tipografica, Bari, 1935.

L. D'AMBRA. *Soldati e poeti della medicina - Tommaso Mancioli.* — Tip. Zamperini e Lorenzini, Roma, 1935.

A. LOMBARDI. *Costituzione deliquenziale.* — F. Vallardi, Milano, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Norme per l'accertamento della potabilità delle sorgenti per gli acquedotti urbani e rurali.

Il Ministero dell'Interno ha rilevato che non sempre, per la utilizzazione delle acque a scopo potabile, si procede a quella successione d'accertamenti necessari per condurre, nel più breve tempo e col minore dispendio, al voluto giudizio sulla quantità e qualità dell'acqua destinata ad alimentare gli acquedotti urbani e rurali. Per tanto esso ha disposto che le Prefetture assicurino, in occasione della compilazione dei progetti relativi, che le indagini si svolgano nell'ordine seguente:

1) al progetto di massima deve necessariamente succedere il controllo del Genio civile;

2) esaurito questo accertamento, in possesso della relazione del Genio civile e, dopo attuate le opere preliminari alla scaturigine, il medico provinciale procederà all'ispezione della zona imbrifera e della scaturigine ai fini igienici e preleverà i campioni per gli esami batteriologici e chimici. Su questi campioni farà gli esami richiesti per il giudizio profilattico e stenderà la relativa relazione.

In possesso di questa relazione, il medico provinciale concluderà sulla potabilità o meno dell'acqua in esame, motivandola con i rilievi fatti durante l'ispezione della zona imbrifera e della sorgente e con quelli forniti dalla relazione del Genio civile e deciderà sulla necessità o meno della « zona di protezione » e della sua ampiezza.

Cronaca del movimento professionale.

Consiglio Nazionale del Sindacato Fascista dei Medici.

Si è riunito a Roma il Consiglio Nazionale del Sindacato Fascista Medici. Sono intervenuti tre rappresentanti per ogni provincia, fra i quali le più alte notabilità della scienza medica. Alla seduta inaugurale il Sottosegretario alle Corporazioni on. Lantini ha tenuto, applauditissimo, il discorso inaugurale intonato all'odierna situazione per cui il lavoro dei medici potrà svolgersi attivissimo e proficuo in ogni centro per la difesa e la reazione contro le sanzioni. Notevoli i discorsi del direttore della Sanità pubblica Petragnani e del Segretario Nazionale del Sindacato Fascisti Medici on. Morelli, la cui relazione ha suscitato vivissime approvazioni.

Dei lavori daremo un resoconto nel prossimo numero.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

OVINDOLI (*Aquila*). — Questo Comune (Stazione estiva ed invernale di prim'ordine) cerca un medico per tre mesi. Molto probabilmente il servizio si prolungherà ancora di più. Scrivere subito a quel Podestà.

RAVENNA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 31 genn., ore 16; direttore della Sez. Dispensariale di Lugo; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; età limite 40 anni al 20 nov.; docum. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

NOTIZIE DIVERSE

Ambulanze nell'A. O. I.

Ha raggiunto una località molto avanzata della nostra zona di operazioni la grande ambulanza chirurgica organizzata dalla Clinica di Bologna e diretta dalla medaglia d'oro prof. Raffaele Paolucci. È formata da una trentina di tende. L'ambulanza è automontata e al suo trasporto provvedono 12 grandi autoveicoli e due rimorchi. In poche ore può essere smontata ed a 48 ore dall'arrivo sul posto è in grado di funzionare. Ha tre tende per operazioni, dotate di speciali pavimenti e pareti, con ampie finestre di vetri; ed a mantenere nell'interno delle sale la temperatura al grado necessario, provvede uno speciale impianto di termosifoni. L'autoambulanza produce da sè l'energia elettrica per l'illuminazione per il gabinetto radiologico ecc.

Una innovazione geniale, che è frutto dell'esperienza della guerra mondiale, è la creazione di una piccola ambulanza, montata su un solo autoveicolo, che può seguire le truppe fin dove vi è anche una semplice traccia di strada segnata dai carri armati e di tende d'operazioni di prima linea, le quali, someggiate, possono stare a breve distanza dalle pattuglie di avanguardia.

Questa organizzazione è stata ispirata al concetto di continuità nell'indirizzo terapeutico. Il ferito, avute le prime cure e, se necessario, operato sotto la tenda, appena le sue condizioni lo consentono viene trasportato alla piccola ambulanza e da questa all'ambulanza.

Tutti i medici — 13 chirurghi e 3 radiologhi — e gl'infermieri, appartengono alla clinica di Bologna e sono volontari, a cominciare dal direttore.

***

Con il piroscafo « Colombo » è partito il 26 novembre per l'Africa Orientale l'Ospedale da campo 185 (Eritrea) agli ordini del camerata on. prof. G. A. Chiurco. Il personale è composto di 8 ufficiali medici e di 74 militari, scelti dal direttore, tutti volontari. Fanno parte dell'Ospedale specialisti di radiologia, medicina interna, batteriologia, chimica-farmacia, ed una completa organizzazione scientifica.

Prima della partenza i medici dell'unità sanitaria sono stati ricevuti da S. A. R. il Principe di Piemonte, al quale l'on. Chiurco ha fatto omaggio di una sua pubblicazione.

Per il problema dell'alimentazione.

Con recente « Foglio di disposizioni » il Segretario del Partito ha disposto:

Agli effetti di una razionale revisione del problema dell'alimentazione, per adeguarlo alla produzione nazionale e ai più recenti e sicuri risultati scientifici, revisione che l'assedio economico perpetrato ai nostri danni rende oggi più imperiosa, ho nominato una Commissione, da me presieduta, col compito particolare di fornire degli

orientamenti in tema di alimentazione con prodotti nazionali.

A far parte della Commissione ho chiamato i seguenti camerati: S. E. Filippo Bottazzi, S. E. Dante De Blasi, on. Eugenio Morelli, on. Giuseppe Tallarico, on. Sabato Visco.

La Commissione ha già concretato i primi risultati in diverse note di carattere divulgativo e in alcuni suggerimenti pratici che, stampati in appositi opuscoli, saranno trasmessi alle organizzazioni mediche e sanitarie per l'opportuna propaganda.

La Commissione ha preso in esame i bisogni della nostra popolazione e la produzione nazionale di alimenti ed è giunta ad una prima conclusione rassicurante: la produzione nazionale di alimenti, se attentamente e sapientemente utilizzata, può essere sufficiente a coprire i nostri bisogni alimentari.

La Commissione ha affrontato l'esame delle quantità di alimenti che occorrono ad ogni italiano adulto e, dalle sue indagini, ha tratto la conclusione che una razione energetica di tremila calorie al giorno sia sufficiente.

Onoranze al sen. Devoto.

All'Istituto della Clinica del Lavoro di Milano si è svolta un'austera e commovente cerimonia in occasione dell'abbandono dell'insegnamento, per raggiunti limiti di età, del sen. prof. Luigi Devoto, e della prolusione del prof. Luigi Preti che gli succede nell'insegnameto e nella direzione della Clinica.

Parlarono il prof. Galeazzi, preside della Facoltà di medicina, anche in rappresentanza del rettore prof. Pepere, e il preside della Provincia, ing. Belloni. Quindi il prof. Luigi Preti, successore a Luigi Devoto nella cattedra e nella direzione della Clinica, svolse la sua prolusione sul tema: « Medicina del lavoro e Carta del lavoro ».

Il prof. sen. Devoto, dopo aver ringraziato il Ministro per avergli dato a successore il dott. Luigi Preti, suo discepolo e aiuto, si diffonde a parlare della efficacia sociale dello studio delle malattie del lavoro. Annuncia che a San Colombano al Lambro sta sorgendo l'Istituto Carta del Lavoro N. 2, che al pari dell'Istituto Carta del Lavoro N. 1, di Salice, funzionerà come convalescenziario dei dimessi dalla Clinica e come campo di studi ancora più ampi e benefici, e sull'etiologia e sulla profilassi delle malattie professionali, e quindi a tutto vantaggio delle classi lavoratrici e della prosperità nazionale. Chiude salutando il Duce e annunciando che la grande medaglia d'oro Salvi, di cui i lavoratori milanesi vollero insignire la Clinica del Lavoro, è stata donata alla Patria.

Infine l'ing. Belloni, preside della Provincia e vice-presidente degli Istituti clinici di perfezionamento, ha comunicato di aver proposto alle superiori gerarchie di intitolare la clinica stessa al nome del Devoto.

Commemorazione dei proff. Pestalozza e Fichera.

Per iniziativa della Lega Italiana per la lotta contro il cancro ed il R. Istituto Regina Elena di Roma, una solenne commemorazione dei proff. sen. E. Pestalozza e G. Fichera ha avuto luogo il 5 dicembre nell'aula del R. Istituto Regina Elena, viale Regina Margherita 291.

Hanno parlato il prof. Alberto Pepere e il prof. Paolo Gaifami, rievocando rispettivamente le figure dei due grandi scomparsi.

Inaugurazione della Scuola Medica Ospedaliera di Roma.

Il 4 dicembre, al Policlinico « Umberto I », è stato inaugurato il nuovo anno scolastico della Scuola Medica Ospedaliera di Roma, alla presenza di numerosi clinici e ospitalieri (Alessandri, Alessandrini G., Antonelli, Bastianelli R., Bignami, Busi, Egidi, Galli, Margarucci, Pende, Pontano, Sebastiani ed altri) e largo stuolo di medici e studenti.

La scuola è stata inaugurata dal prof. Carducci; il prof. T. Lucherini ha tenuto per l'occasione un'applauditissima conferenza sull'argomento: « Problemi e commenti in tema di ipertensione arteriosa essenziale ».

Un po' dovunque.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli riunitasi il 25 novembre, su proposta del preside prof. Leonardo Dominici, ha votato un ordine del giorno, nel quale, dopo avere espressa la sua devota ammirazione al Duce, protesta contro « l'esperimento » che le Nazioni più ricche vogliono fare con le sanzioni ai danni dell'Italia e afferma di voler svolgere, nella Scuola e nella Vita, opera intensa per il rifiuto della produzione straniera.

Si è adunata la Corporazione della Chimica, al Ministero delle Corporazioni, e tra altri problemi ha preso largamente in esame quello dell'industria farmaceutica, allo scopo di potenziare il prodotto italiano.

La Commissaria ministeriale del Sindacato nazionale fascista delle infermiere diplomate ed assistenti sanitarie ha rivolto un appello alle assistenti sanitarie, affinchè esse si facciano iniziatrici di una vasta campagna teorico-pratica in favore dei « cibi disprezzati ». Esse cercheranno di organizzare ovunque piccoli corsi di cucina popolare in cui si insegni il modo migliore per la preparazione dei cibi italiani insufficientemente diffusi, ma di alto rendimento in calorie. Dove questo non si potrà fare, le assistenti sanitarie esplicheranno opera di persuasione nell'interno delle famiglie.

I giornali recano che due medici italiani dell'Ufficio sanitario del porto di Alessandria, che rappresentavano il Portogallo e la Spagna nel Consiglio degli ispettori sanitari portuari, si sono dimessi da tale carica per protestare contro l'applicazione delle sanzioni effettuata da detti Paesi contro l'Italia.

Un funzionario del R. Consolato d'Italia a Patrasso, dott. Mentore Giulietti, trentenne, di padre italiano e madre greca, si è sottoposto ad un'operazione per essere abilitato a prestare servizio militare nell'A. O.; purtroppo l'esito è stato infausto: egli ha fatto sacrifizio della vita alla Patria.

Il prof. Sergio Voronoff, ospite dell'Italia, ha diretto una nobilissima lettera al Prefetto di Imperia per la resistenza contro le sanzioni ed a tale scopo ha donato un chilogrammo d'oro.

La Lega internazionale delle Società della Croce Rossa si era messa in rapporto con le Croci Rosse dell'Italia e dell'Etiopia, per offrire la sua opera con scopi unicamente umanitari. La Croce Rossa Italiana ha risposto di essere in grado di fronteggiare

tutte le eventualità. L'azione della Lega si è quindi concentrata sull'Etiopia. Formazioni sanitarie sono state inviate nell'Etiopia dalle Croci Rosse della Gran Bretagna, Svezia, Olanda e Finlandia; il Giappone e la Lettonia hanno inviato molto materiale sanitario; donazioni vengono raccolte negli Stati Uniti, Belgio, Grecia, Romania, Spagna, Jugoslavia e U. R. S. S. Una missione, che ha sede in Addis Abebà ed è composta di un membro della segreteria della Lega e di un chirurgo svizzero, tenta di coordinare queste attività.

È sbarcato a Berbera l'ospedale da campo della Croce Rossa britannica diretto in Etiopia. Esso è composto di sedici autocarri per servizio d'ambulanza e trasporto di materiali: è completamente equipaggiato con tende, apparecchi chirurgici ecc.

La spedizione si recherà a Dessiè per prestare servizio nelle retrovie del fronte tigrino.

Una spedizione della Croce Rossa egiziana si recherà nell'Ogaden.

Ha avuto luogo alla presenza dell'on. Lantini la prima riunione del nuovo Consiglio di amministrazione della Federazione Nazionale Fascista delle Casse Mutue di malattia dell'industria.

Nell'Aula Magna della Società di Neurologia di Parigi il prof. Gaetano Boschi di Ferrara ha illustrato, il 6 dicembre, alla presenza dei più noti neurologi francesi — tra cui Pierre Marie, Henri Claude, Crouzon, Guillain ecc. — il suo metodo per la cura di malattie croniche del sistema nervoso che si accompagnano a paralisi (sclerosi a placche, paralisi bulbare cronica progressiva ecc.). Il prof. Boschi, cui è stato porto l'augurale saluto da parte del prof. André Barbé, presidente della Società, ha esposto i dettagli del metodo curativo, illustrandoli con proiezioni cinematografiche. Gli fu tributata una calorosa ovazione, specialmente all'accenno della solidarietà degli intellettuali francesi contro le inique sanzioni.

Il prof. L. D'Amato ha tenuto la prolusione al corso di clinica medica nella R. Università di Napoli trattando il tema: « L'ora attuale della medicina interna ».

Il prof. Angelo Signorelli ha tenuto la prolusione al corso di semeiotica medica nella R. Università di Roma trattando il tema: « La semeiotica, branca fondamentale della medicina pratica ».

All'« Istituto per le malattie tumorali » di Berlino è stata assegnata la somma annua di 50.000 marchi, destinata a ricerche scientifiche.

È stato inaugurato ad Avana (Cuba), un ospedale municipale infantile di 120 letti. Una rivista mensile sarà pubblicata dal corpo medico dell'ospedale.

CARLO RICHET, una delle maggiori illustrazioni della medicina, scompare in età di 85 anni. Al suo nome sono legate due fondamentali scoperte: l'anafilassi e la sieroterapia (egli precedette di due anni Behring nella concezione e nel primo tentativo di attuazione). Vanno anche ricordati i suoi lavori sul calore animale, sull'eredità ed i caratteri acquisiti e la pratica della zomoterapia. Spirito universale, fu anche un letterato ed un poeta. Dell'illustre fisiologo diremo più ampiamente in un prossimo numero.

È morto a Torino in età di 83 anni il prof. BONAVENTURA GRAZIADEI, che per oltre un quarantennio fu medico primario in quell'Ospedale Mauriziano.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dall'11 novembre al 17 novembre: Morbillo 197 (1189); Scarlattina 269 (685); Pertosse 74 (193); Varicella 107 (222); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 388 (688); Infezioni paratifiche 76 (120); Febbre ondulante 18 (21); Dissenteria 10 (11); Difterite e croup 343 (717); Meningite cerebro-spinale epidemica 7 (7); Poliomielite anteriore acuta 15 (20); Encefalite letargica — (—); Anchilostomiasi 8 (9); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 46 (63), dichiarata 1 (1); Pustola maligna 28 (30).

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Anno XLII Roma, 23 Dicembre 1935-XIV Num. 51

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

Per l'anno 1936.

Ai Medici Italiani,

"**IL POLICLINICO**,, *entra col 1936 nel suo 43° anno di attività e si sente sorretto dall'adesione dei medici, di ogni gerarchia e grado, al suo programma, che è ad un tempo scientifico e pratico.*

Quest'anno una passione infinitamente dolce e potente ci anima e cioè il proposito di altamente potenziare tutto ciò che è nostro spiritualmente e materialmente.

Nostra è intanto la dignità di pensiero perchè, indipendenti, noi perseguiamo i nostri alti ideali e i nostri giusti destini.

Nostra è la forza che ha illuminato animatrice tanti problemi biologici e ci fa oggi essere una scuola non più ad altre asservita; nostra la nuova bella produzione medica italiana che ci ha liberati dalla letteratura straniera; nostra la forte attrezzatura industriale per la quale medici Italiani oggi possono e devono curare con medicamenti italiani.

In questa calda atmosfera di affermazione e di tenace lavoro e di fermi propositi che animano tutti i medici Italiani, "**IL POLICLINICO**,, *inserisce il suo lavoro di aggiornamento, di potenziamento, e di elevazione.*

D'aggiornamento perchè senza servilismi di pensiero i medici Italiani tuttavia tutto conoscono di ciò che la scienza internazionale produce;

di potenziamento perchè tuttociò che è nostro come forza spirituale e come azione materiale sia conosciuto e valorizzato;

di elevazione perchè il medico Italiano attraverso la nostra opera completi e affini approfondendola la sua coltura.

Abbiamo detto il medico, perchè "**IL POLICLINICO**,, *si dirige indistintamente a tutti: ai chirurghi* (Sezione Chirurgica), *come ai medici internisti e tra questi sia a coloro che hanno indirizzo di studio e di ricerca* (Sezione Medica) *che a chi vive le esigenze e le responsabilità della vita pratica* (Sezione Pratica); *in quest'ultima anche tutti i problemi medico-legali, professionali e sindacali che riguardano l'interesse del medico saranno svolti e trattati con sempre maggiore larghezza ed estensione; sospesa* **temporaneamente** *la pubblicazione del* «Diritto Sanitario», *per doverosa considerazione di contingenti esigenze, la rubrica giuridica del* "**POLICLINICO**,, *sarà ampliata e perfezionata in modo che corrisponda, sia pure sinteticamente ma compiutamente, agli stessi scopi della trattazione specializzata.*

Il medico ha nella vita fisica e spirituale della Nazione un alto posto e un grande compito e noi vogliamo adeguare la nostra azione alle maggiori esigenze e necessità dell'ora.

"**IL POLICLINICO**,, *continuerà a fare opera di scienza, di pratica e di Italianità: e come diana spirituale della sua attività per il 1936 rivolge i caldi palpiti del suo pensiero ai medici che oggi dividono coi nostri meravigliosi soldati opera, fatica e gloria.*

LA REDAZIONE

Abbonamenti al "Policlinico" per l'anno 1936:

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale).	L. 58.80	L. 100	(2) Alle due sezioni (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-a) Alla sola sezione medica (mensile).	L. 50 —	L. 60	(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica). . .	L. 100	L. 150
(1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	L. 125	L. 80

Preghiamo i Signori Abbonati di provvedere con sollecitudine al RINNOVO DEGLI ABBONAMENTI per il 1936 onde evitare interruzioni o irregolarità nel l'invio dei fascicoli. Il pagamento in Italia e sue Colonie può essere effettuato nel modo più semplice ed economico versando la somma all'Ufficio di Posta nel conto corrente postale N. 1/5945, Roma, usando il Bo llettino qui annesso.

COMUNICATO PER L'ANNO 1936

Portiamo a conoscenza dei lettori che allo scopo di svolgere un'attività concorde più decisa e meglio distribuita ed offrire alla classe medica la possibilità di seguire a convenienti condizioni quanto di meglio si viene pubblicando in Italia, un accordo si è stabilito fra i tre più importanti **settimanali** medici: IL POLICLINICO - LA RIFORMA MEDICA - MINERVA MEDICA (P. R. M.) per il quale ai lettori sono offerti i seguenti principali vantaggi:

L'abbonamento cumulativo ai tre settimanali insieme è stabilito in L. **150** complessive.

Gli abbonati ai tre periodici (cumulativamente **o** singolarmente) potranno ricevere in abbonamento, a prezzi ridotti, le importanti riviste offerte dalle rispettive amministrazioni ed avranno diritto allo sconto del 10 % su tutti i libri editi dal gruppo giornalistico **P. R. M.** suddetto.

I vantaggi di tale accordo sono evidenti e lo saranno maggiormente in seguito per i lettori, per i periodici e per il progresso della stampa medica italiana stessa.

I lettori si gioveranno delle condizioni sempre più convenienti che derivano dalla possibilità di economie che, alla loro volta, i periodici possono realizzare associando i loro sforzi ed il loro lavoro.

La produzione scientifica, orientandosi verso le tre grandi pubblicazioni, sarà sicuramente e rapidamente seguita ed apprezzata in Italia ed all'Estero, evitando di essere dispersa e dimenticata in pubblicazioni minori.

Le idee e le iniziative nel campo medico, le questioni più importanti, la difesa del nostro patrimonio culturale disporranno, da oggi in poi, di tre diffusi e autorevoli organi, concordi e associati, diretti da personalità fra le più illustri della medicina italiana.

L'organizzazione scientifica e giornalistica dei tre periodici sarà potenziata dalla unione dei loro sforzi, non più sovrapposti o divergenti, ma diretti verso la comune mèta del progresso delle pubblicazioni.

I medici italiani vorranno mostrare la loro simpatia per questa iniziativa, che riunisce i principali esponenti dell'attività scientifica nelle tre regioni italiane: settentrionale, centrale e meridionale, affrettando l'invio della loro adesione all'abbonamento globale ai tre **settimanali** medici che, completandosi a vicenda, completano anche la cultura dei loro lettori.

L'AMMINISTRAZIONE DEL « POLICLINICO ».

Abbonamento GLOBALE annuo per il 1936 ai periodici SETTIMANALI
IL POLICLINICO (Sezione Pratica) - LA RIFORMA MEDICA - MINERVA MEDICA

L'importo dell'abbonamento globale ai tre periodici settimanali in L. **150** può essere inviato ad una qualsiasi delle tre Amministrazioni e può essere pagato anche in due rate uguali di L. **75**, una anticipata e l'altra entro il 30 giugno p. v.

N. B. — *L'importo dell'abbonamento isolato, ossia di abbonamento a qualunque dei tre settimanali che non venga assunto globalmente nella qui sumenzionata combinazione, va invece inviato nel suo normale prezzo, come nel 1935, alla rispettiva Amministrazione.*

Abbonamento annuo a prezzo ridotto pel 1936
AI PERIODICI MENSILI EDITI DAL GRUPPO GIORNALISTICO P. R. M.

		Italia		Estero	
ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE . . .	(mensile)	L. 144	invece di L. 160	L. 180	invece di L. 200
CUORE E CIRCOLAZIONE	(mensile)	» 36	» » » 40	» 55	» » » 60
GIORNALE DI BATTERIOLOGIA	(mensile)	» 90	» » » 100	» 180	» » » 200
IL DERMOSIFILOGRAFO	(mensile)	» 46	» » » 50	» 65	» » » 70
IL POLICLINICO (Sezione Medica)	(mensile)	» 45	» » » 50	» 55	» » » 60
IL POLICLINICO (Sezione Chirurgica) . . .	(mensile)	» 45	» » » 50	» 55	» » » 60
IL VALSALVA (Rivista di Oto-Rino-Laringoiatria)	(mensile)	» 45	» » » 50	» 65	» » » 70
LA CLINICA OSTETRICA	(mensile)	» 36	» » » 40	» 55	» » » 60
LA GINECOLOGIA	(mensile)	» 55	» » » 60	» 90	» » » 100
RIVISTA ITALIANA DI TERAPIA	(mensile)	» 35	» » » 40	» 55	» » » 60

L'importo dell'abbonamento a prezzo ridotto ai periodici mensili qui sopra elencati concessi agli abbonati al «*Policlinico*», va diretto alla nostra Amministrazione.

L'EDITORE DEL « POLICLINICO »
LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA

Sommarii degli ultimi Numeri del* 1935 *dei periodici del gruppo giornalistico* P. R. M. *offerti dal* " Policlinico „ *prezzo ridotto, come da comunicato stampato qui di fronte:

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da PAOLO GAIFAMI

Clinico ostetrico-ginecologo della R. Università di Roma

Il Numero 12 (Dicembre 1935) contiene:

Lavori originali. V. MARZETTI: Prove funzionali dell'apparato respiratorio in gravidanza.

Fatti e documenti: O. VIANA: Gravidanza tubarica doppia unilaterale in nullipara.

La rubrica degli errori: S. ROBERTO: Emoperitoneo da rottura spontanea di vena uterina in una gravidanza ottimestre.

Terapia: E. MARCHESE: La terapia calcio-chininica nelle flogosi dell'apparato genitale femminile.

La rubrica medico-legale: V. MATERA: In tema di diagnosi di aborto pregresso.

Problemi sociali: P. GAIFAMI: La tutela della madre in funzione della sanità della stirpe.

Dalle Riviste: **Ostetricia**: Diabete e gravidanza. — L'encefalite psicosica acuta puerperale. — Sulle modificazioni della mucosa del collo dell'utero durante la gravidanza, il parto ed il puerperio. — **Ginecologia**: Il trattamento chirurgico del cancro dei genitali femminili. — Disfunzioni mestruali nelle psicosi. — Complicazioni nella radiumterapia dei carcinomi ginecologici. — **Pediatria**: Periostite ossificante traumatica del neonato. — Sul trattamento dei disturbi del respiro nei prematuri, mediante insufflazione diretta di ossigeno nello stomaco. — **Note di terapia**: La trasfusione sanguigna in ostetricia e ginecologia. — **Note di biologia**: Agglutinine nel sangue della madre e dei bambino, nel latte della madre e nel sangue placentare. — Scarlattina e mestruazione. Contributo al problema dei rapporti fra scarlattina e influenze ormoniche.

Commenti e proposte: P. GAIFAMI: Lo stato giuridico delle Scuole Ostetriche.

Varietà. — Notizie.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**.
Un numero separato L. **6.**

Numero di saggio gratis a richiesta

Importante a leggersi:

AVVERTENZA: **Inviando per l'abbonamento del 1936 a « La Clinica Ostetrica » L. 65 anzichè L. 40, si riceveranno i Numeri che usciranno dal Gennaio al Dicembre del 1936, più si riceverà subito il volume di pagg. XII-544: « LEZIONI E CONVERSAZIONI OSTETRICO-GINECOLOGICHE »** (Prof. P. GAIFAMI).

In commercio al prezzo di L. 50

Coloro che invieranno complessive L. 95, oltre quanto è qui sopra indicato, riceveranno anche il volume:

LA BLENORRAGIA NELLA DONNA. (Prof. O. VIANA). **Manuale ad uso dei medici pratici.** Prefazione del prof. P. L. BOSELLINI. Vol. di pagg. XII-456, con 22 figure nel testo e 7 su tre tavole a colori. fuori testo.

In commercio al prezzo di L. 58

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile

diretto dal prof. CESARE FRUGONI

Clinico medico di Roma

Capo Redattori:

Prof. C. PEZZI, Milano - Prof. G. MELDOLESI, Roma

Il Numero 12 (Dicembre 1935) contiene:

Lavori originali: I. - A. RUBINO: Dimostrazione sperimentale di blocco di emergenza per arresto dello stimolo all'uscita dal nodo del seno. — II. - I. RIZZI: Su di una corda tendinea attraversante l'ostio dell'aorta. — III. - C. MANZINI: Sulla patogenesi della dilatazione del tronco comune della arteria polmonare nella stenosi pura, acquisita dell'orifizio arterioso di destra con contributo allo studio della cosidetta « endocardite poliposa » del cuore destro. — IV. - G. BARBÈRA: Doppio tono crurale e insufficienza polmonare.

I periodici specializzati. — *Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang.* D. ROUTIER et J. VAN HEERSWYNGHELS: Il tumore di galoppo. Studio fonocardiografico. — C. RACHON et G. MUSZKATENBLIT: Vibrazione atriale. — *Zeitschrift f. Kreislaufforschung.* K. WEZLER: L'elasticità delle arterie in funzione dell'età e dello stato della parete muscolare. — M. HOCHREIN: La diagnosi e la terapia della pericardite adesiva.

Tra le riviste ed i congressi: STARR LAMPSON R.: Indagine quantitativa sulla vasocostrizione indotta dal fumo. — GEORGES MASCHOL, P. SOULIÉ e CH. GRUPPER: Modificazioni elettrocardiografiche nel coma diabetico per collasso cardiaco. — P. OCCHIONI: Trattamento di elezione della tachicardia parossistica totale.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**.
Un numero separato L. **6.**

Numero di saggio gratis a richiesta

Importante a leggersi:

Avvertenza: Inviando per l'abbonamento del 1936 a **CUORE E CIRCOLAZIONE** L. **80**, anzichè L. **40**, si riceveranno i Numeri che usciranno dal Gennaio al Dicembre del 1936, più si riceverà subito il volume di pagine VIII-606, con 46 figure nel testo: **LEZIONI DI CLINICA MEDICA** (Prof. CESARE FRUGONI). Prezzo L. **60.**

Coloro che invieranno complessive L. 120, oltre a quanto è di sopra indicato riceveranno anche il volume di pagg. XX-256, con 45 illustrazioni nel testo: THOMAS LEWIS: **LE MALATTIE DEL CUORE.**

In commercio al prezzo di L. 45

"IL POLICLINICO" SEZIONE MEDICA (Mensile)

diretta dal prof. CESARE FRUGONI.

Il Numero 12 (1º Dicembre 1935) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

Adriana MUSSAFIA — **Osservazioni sulle reazioni consecutive a tonsillectomia. Modificazioni della velocità di sedimentazione.**

Giuseppe DADDI — **Bronchiectasie e tubercolosi polmonare.**

Dino MARIOTTI — **Melanoma primitivo del fegato di probabile origine simpatica.**

Armenio CASINI — **Terapia alcalina ed equilibrio acido basico nell'ulcera gastroduodenale ed in altre affezioni gastriche.**

☞ **Prezzo del Numero L. 6**

Abbonamento annuo alla Sezione Medica: Italia L. 50. - Estero L. 60

Se cumulativo con la Sezione Pratica: Italia L. **100**, Estero L. **150**; se cumulativo con la Sezione Pratica e con la Sezione Chirurgica: Italia L. **125**; Estero L. **180**.

☞ **Numero di saggio gratis a richiesta** ☜

"IL POLICLINICO" SEZIONE CHIRURGICA (mensile)

diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il Numero 12 (15 Dicembre 1935) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

Antonino BONACCORSI — **Un caso di cisti multiple del mesentere a vario contenuto, simulante una peritonite circoscritta appendicitica.**

Carlo CARLI — **Sulle affezioni rare del sistema linfatico: « le linfangectasie ».**

Pietro VALDONI — **Il rene ipoplasico.**

☞ **Prezzo del Numero L. 6**

Abbonamento annuo alla Sezione Chirurgica: Italia L. 50. - Estero L. 60

Se cumulativo con la Sezione Pratica: Italia L. **100**, Estero L. **150**; se cumulativo con la Sezione Pratica e con la Sezione Medica: Italia Lire **125**, Estero L. **180**.

☞ **Numero di saggio gratis a richiesta** ☜

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
fondata da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 11 (Novembre 1935) contiene:

Osservazioni di clinica: I. - E. Borghesan: Colesteatoma estradurale e ascesso cerebrale otogeno con sindrome oculo-simpatica. — II. - B. Révész: Sulla via fronto-ponto-cerebellare.

Raccolta di fatti: R. Grasso: Ferita della carotide comune; doppia allacciatura; guarigione.

Discussioni: A. Patroni: Sulle lesioni vasomotorie dell'apparato vestibolare. Un caso di sindrome di Ménière.

Recensioni: Contributo allo studio dell'atrofia cerebellare con ipertonia a tipo parkinsoniano. — Sui rapporti tra l'insufficienza respiratoria nasale e la tubercolosi polmonare. — Un medicamento ad azione specifica su tutte le malattie infiammatorie della gengiva e della mucosa buccale? — La cellulia. — Sulla penetrazione di una radice dentaria nel seno mascellare. — Palatoschisi e sua cura chirurgica. — Esiti estetici in chirurgia oto-rino-laringoiatrica. — Sui tumori dei mascellari di origine dentaria. — Le localizzazioni orali dell'infezione tubercolare. — Un caso di tumore misto della glandola sottomascellare. — Contributo alla conoscenza delle scialo-adeniti acute dei lattanti. — Agranulocitosi con lesioni stomato-faringo-esofagee. — Necrosi superficiale dell'emilabbro destro secondaria ad anestesia tronculare. — Le gangrene orali negli adulti. — Profilassi dell'adenoidismo. — Sulla pratica della broncografia. — Osteite acuta totale del mascellare superiore con esito letale. — Osteomielite necrosante del mascellare superiore in rapporto al tifo addominale. — Le artriti deformanti dell'articolazione temporo-mandibolare. — La carie dentaria in rapporto alla costituzione morfologica nell'età puberale. — Correlazione fra il comportamento del piano orbitale di Simon e l'angolo facciale, l'indice cranico e l'indice facciale superiore. — Considerazioni su di un caso di etmoidite con complicazione orbitaria in ammalato di otite media purulenta acuta con paresi del facciale. — Contributo alla conoscenza dei tumori maligni del reticolo-endotelio del cavo orale. — Esiti lontani del trattamento roentgenterapico dei tumori sellari. — Rilievi craniometrici sugli adenoidei. — Considerazioni cliniche e medico-sociali sul gozzo-cretinismo endemico.

La nota storica: G. Bilancioni (†): Antonio Pacchioni.

Notizie e questioni.

Importante a leggersi:

☞ **Avvertenza**: Inviando per l'abbonamento del 1936 a **IL VALSALVA** L. **95**, anzichè L. **50**, si riceveranno i Numeri che usciranno dal Gennaio al Dicembre del 1936, più si riceverà subito il volume di pagg. 446, con 289 figure nel testo, delle quali 17 in tricromia: **COMPENDIO DI CHIRURGIA OTO-RINO-LARINGOLOGICA** (Prof. G. Ferreri). **In commercio al prezzo di L. 58**

Abbonamento annuo: Italia L. **50**; Estero L. **70**. Un numero separato L. **6**.

☞ **Numero di saggio gratis a richiesta** ☜

Altre Riviste, non di nostra edizione, concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO" pel 1936

RIVISTA DI MALARIOLOGIA

Periodico mensile diretto dal prof. G. Sanarelli

Redattore Capo: Dott. L. VERNEY

Organo Ufficiale della « Società per gli Studi della Malaria »

Il periodico diviso in due parti. La 1ª parte (Archivio) consta di sei fascicoli, destinati ai lavori originali ed alle relazioni. La 2ª parte (Rassegna) risulta pure di sei fascicoli, destinati alle recensioni (sintetiche ed analitiche) ed alle informazioni varie (atti ufficiali, notizie).

Abbonamento annuo: Italia L. **50**, Estero L. **90**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **45**, Estero L. **85**.

ANNALI D'IGIENE

Pubblicazione mensile diretta dal prof. G. Sanarelli

Redattore Capo: Dott. L. VERNEY

Il periodico accoglie *memorie originali, studi riassuntivi, questioni del giorno* e una copiosa *rubrica di recensioni*, che rispecchiano tutto il movimento igienico internazionale; reca informazioni di legislazione, amministrazione e giurisprudenza sanitaria e notizie varie.

Abbonamento annuo: Italia L. **60**, Estero L. **100**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **55**, Estero L. **95**. Ai medici condotti associati al « Policlinico » gli « Annali d'Igiene » sono offerti al prezzo di favore di L. **50**, ma per ottenere ciò essi dovranno rivolgersi *esclusivamente* alla nostra Amministrazione e più precisamente al Signor LUIGI POZZI, in via Sistina, 14, Roma.

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, oppure presso l'Ufficio Postale Succursale diciotto, Roma.

Ai già abbonati del 1935 a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo pel 1936 per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

ANNO XLII Roma, 23 Dicembre 1935 - XIV Num. 51

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE D'IVREA - SEZ. MEDICINA
Prof. V. DE-BENEDETTI

Considerazioni sulla neuralgia sciatica cosidetta essenziale e suo trattamento

per il dott. OTTORINO MAGGIA, assistente.

Se diamo uno sguardo alla terapia della Neuralgia sciatica, noi vediamo che in essa è stata ed è tuttora sperimentata una grande varietà di metodi improntati, ora all'empirismo, sia popolare che medico, ora a conoscenze più o meno scientifiche; tale varietà che si estende dalle punture di fuoco alle cure fisiche secondo Jacquerod, dall'applicazione di unguenti e cerotti fino alla elettro e radioterapia, dalle iniezioni di sostanze analgesico-iperemizzanti alla terapia proteinica e colloidoclasica, dalla crenoterapia agli interventi chirurgici, mentre da un lato denota la grande frequenza con cui questo complesso sintomatico si riscontra, da altro canto ne pone in rilievo la difficolà della cura, difficoltà che in gran parte dev'essere ascritta all'incerta conoscenza della sua etiopatogenesi e in parte anche a non ben circostanziate diagnosi di forma e di decorso.

A prescindere dall'uso di quei metodi che si possono comprendere sotto la denominazione di reflessoterapia o di psicoterapia, dobbiamo ammettere che fra gli innumerevoli metodi in uso, molti effettivamente presentano una reale efficacia, purchè scelti dopo debita valutazione del singolo caso. Bisogna quindi — trovandoci di fronte a casi di sciatica — cercare di arrivare, per quanto ci è possibile, a diagnosi di varietà, di sede, di decorso, e cercare i probabili moventi etiopatogenetici, perchè solo così si potrà sperare un buon esito della cura, associando alle cure sintomatiche, eventuali cure causali.

Nell'Ospedale di Ivrea, ho avuto negli ultimi anni una discreta casistica in merito che mi permette di trarre alcune considerazioni in parte non del tutto nuove, ma, credo, sempre di attualità.

Dinanzi ad un caso di dolori irradiantisi lungo il decorso dello sciatico, occorre stabilire se il dolore non sia generato per irradiazione da focolai di vicinanza più o meno stretta al decorso dello sciatico o delle sue radici, come tumori o processi infiammatori del pic-

colo bacino, della muscolatura degli arti inferiori, o da affezioni dell'apparato scheletrico dell'arto colpito, come il « malum coxae senilis » oppure il piede piatto. Accertato che il dolore trae effettivamente origine da cause che colpiscono il nervo, necessiterà conoscere se si tratti di una forma sintomatica o di una forma essenziale, intendendo per sintomatiche quelle in cui è possibile svelare una lesione che ha colpito il sistema nervoso centrale o periferico o i suoi involucri (encefalo-mielite, meningiti, processi produttivi a carico del sistema nervoso centrale, dei componenti del nervo periferico, delle meningi, malformazioni, traumi, processi osteo-articolari, tumori della colonna) con conseguenza di compressione, stiramento o comunque irritazione dello sciatico o delle sue radici, e per essenziali quelle forme in cui noi invece non possiamo rilevare una causa organica con i nostri metodi di indagine. Io credo, però, che si debba ritenere come errata la concezione che la sciatica essenziale sia una malattia idiopatica senza substrato anatomico. Forestier e Sicard in Francia, col nome di « nevrodocite » hanno indicato uno stato morboso dei canali vertebrali di coniugazione attraversati, nel nostro caso, dalla 5ª radice lombare, 1, 2, 3, 4 sacrale, a cui si dovrebbe far risalire una gran parte dei casi di sciatica cosidetta essenziale, concezione che fu sostenuta in Italia dal Putti con argomentazioni anatomo-radiologiche e cliniche; anche il De-Benedetti ha raccolto dati che militano in favore di questa tesi:

l'inizio sotto forma di lombaggine con dolori lombosacrali (sciatica alta), diffusione progressiva alle natiche, alla faccia posteriore della coscia ed infine alla gamba ed al piede (sciatica totale) è un fatto di osservazione comune in moltissimi casi di sciatica essenziale.

Una difficoltà non facilmente superabile sarà lo stabilire se la sciatica sia o no di origine neuritica. Le opinioni su questo punto sono ancora molto discordi. Alcuni autori (W. Alexander, Toby Cohn) ritengono che tutte le forme di sciatica essenziale altro non sieno che manifestazioni di una neurite. Certo, un limite netto non si può — fra le due forme — stabilire e si deve ammettere che fra di esse esistono notevoli rapporti. Sono descritti numerosi casi di nevralgie sciatiche essenziali associate ad affezioni neuritiche di altri nervi (Oppenheim, Pette) e casi di ischialgia essenziale recidivante in cui ad un dato momento sono comparsi fenomeni di natura neuritica: zone di analgesia e di anestesia, scomparsa del riflesso achilleo, turbe vasomotorie e trofiche, atrofia muscolare (per quanto quest'ultimo elemento dovuto, il più spesso, ad inattività non debba essere sopravalutato).

Nello stesso senso può parlare talvolta il reperto del liquor come è stato fatto osservare da Quekensted, Roehneld, Walter, Marinesco e Draganesco, Eskuchen, ecc. che ebbero tutti a notare nelle due forme morbose, nevralgia e nevrite, analoghe deviazioni del reperto normale del liquor: aumento del tasso di albumina, normale restando il reperto cellulare (dissociazione albumino-citologica secondo Sicard e Foix).

Nella mia casistica posso citare dei casi in cui il riflesso achilleo era scomparso e quattro casi in cui esso era nettamente diminuito. In più, in un caso (R. Pierino) in cui l'affezione recidivò due volte, all'ultimo suo ingresso in Ospedale si notava una zona di anestesia al IV e V dito ed alla metà esterna della pianta del piede.

Il Peritz ritiene che si tratti in questi casi di processi patologici fino ad un certo punto reversibili. Sia che si tratti di leggeri fatti infiammatori o di disturbi vasali di natura endoarteritica o angiospastica, oppure anche di alterato ricambio lipoideo nell'ambito del nervo, da intossicazioni o carenza di elementi indispensabili alla nutrizione (Peritz, Bornstein, Smitz) tali processi potrebbero fino ad un dato limite risolversi con « restitutio ad integrum » dando luogo solamente a temporanei disturbi funzionali. Oltre questo limite, o per la violenza del processo patogeno, o per il ripetersi frequente del quadro con conseguente diminuita resistenza dell'elemento nervoso, o anche per speciali condizioni sfavorevoli in cui esso si trova nel momento dell'affezione, il processo diventerebbe irreversibile e darebbe luogo ad alterazioni organiche con manifestazioni di neurite.

Siamo, però, ben lontani dal poter generalizzare: non tutte le nevralgie sciatiche si trovano in tali rapporti; dobbiamo ammettere con lo stesso Peritz e con W. Hauser che la maggior parte dei casi di ischialgia cosidetta essenziale decorrono senza segni neuritici.

Assai dibattuto è il problema etiologico: un ruolo importante è giocato dal tipo costituzionale. La pratica e gli autori indicano — come quello che viene prevalentemente colpito — il tipo cosidetto « spasmofilo angiospastico » caratterizzato da leptosomi, ad estremità fredde, livide, cute mal irrorata, ipertonici con segni di ipereccitabilità meccanica ed elettrica, individui che apparten-

gono alla suddivisione dei « microsplancnici-longilinei » della diatesi artritica e in cui la affezione può assumere anche carattere di ereditarietà. L'azione che questo biotipo provoca viene ricercata nel più facile esaurimento e nel più difficile ristabilimento della capacità funzionale nervosa e in fenomeni vasomotori ed angiospastici.

Fra i fattori determinanti, immediati, dobbiamo porre in prima linea il freddo, specialmente se associato ad iperventilazione o all'umidità. L'azione del freddo si esplica sia intensivamente e rapidamente, specialmente nell'associazione dell'iperventilazione e nei casi di brusco passaggio da condizioni termiche opposte, sia lentamente, come il continuo permanere in ambiente freddo ed umido. Dei malati di ischialgia essenziale che noi abbiamo visto, quelli che accusano il freddo, la umidità, le intemperie, ora casualmente subiti, ora abitualmente essendovi esposti, oppure sudate senza le necessarie misure precauzionali, ed ancora bruschi passaggi da ambienti caldi ad ambienti freddi iperventilati od umidi, costituiscono di gran lunga la maggioranza. Noi non crediamo che il freddo sia sempre solo un coadiuvante o un predisponente, ma crediamo che sia effettivamente spesso il fattore essenziale delle « ischialgie a frigore » così come lo è per la paralisi del facciale.

Oltre al freddo, fra le cause determinanti, abbiamo talora dovuto chiamare in causa le fatiche che avevano richiesto forti e continuati sforzi dei segmenti lombo-sacrali e talora veri piccoli traumi continuati con probabili lesioni non controllabili neppure radiograficamente alla colonna od al bacino. Anche Hauser recentemente ha richiamato l'attenzione sul fatto che il dolore sciatico deve sovente essere attribuito a insufficienza muscolare ed a sforzi fisici ed Osler crede che la sciatica possa essere anche manifestazione di uno stato neuritico in cui si ha un dolore lombare per stanchezza da insufficienza muscolare la quale con meccanismo di riflesso genera un dolore lungo lo sciatico.

L'azione del freddo, della fatica viene spesso coadiuvata dall'alcoolismo, dallo stato anemico, dallo stato mestruale o di menopausa. La azione dell'alcool come coadiuvante è più spesso riscontrabile in alcoolizzati a reazioni vasali scadenti. Inoltre l'alcoolismo è da tenere presente in certe ischialgie che rappresentano effettivamente il primo passo verso la neurite alcoolica dello sciatico. Frequentissima poi è l'associazione dei fattori sopra elencati fatta nei modi più vari, la diatesi artritica prestando un ottimo substrato all'azione del freddo su individui affaticati od alcoolizzati o comunque in stato di debilitazione.

Tra le intossicazioni, sia le endogene come il diabete, sia l'esogene, come l'alcool già ricordato, i metalli pesanti, il fosforo, il tabacco devono essere nominati per quanto la loro importanza nelle ischialgie cosidette essenziali sia scarsa, all'opposto di ciò che accade per le neuriti.

La domanda se la sciatica cosidetta essenziale possa essere manifestazione di malattia infettiva in senso lato è ormai pacifico che deve essere risolta affermativamente, per quanto anche l'infezione giochi nelle nevralgie un ruolo certamente minore che non nelle nevriti.

Credo bene annoverare anche l'arteriosclerosi e le lesioni endoarteritiche che colpiscono i vasa nervorum con conseguenza di deficiente irrorazione nell'ambito del nervo.

Nella localizzazione della sciatica, mentre Haguenau intende per sciatica alta o lombosciatica la forma localizzata alla regione lombosacrale con punto più doloroso alla V v. l., per sciatica media la forma a punto di partenza alla regione sacroiliaca e per sciatica bassa la forma con predominanza di sintomi all'incisura sciatica, Sicard pur conservando la stessa denominazione ne differisce per la topografia: la sciatica alta origina ed ha sintomatologia predominante nella zona delle radici, del foro di coniugazione e regione paravertebrale, quella insomma che deriva da radicolite (che per altro Sicard crede evenienza rara nelle sciatiche essenziali) e da funicolite, caratterizzata dai dolori lombosacrali, contratture paravertebrali unilaterali, scoliosi alterne, dissociazione albumino citologica. La sciatica media ha punto di partenza e sintomatologia all'incisura sciatica alla doccia ischiotrocanterica, alla faccia posteriore della coscia, caratterizzata da vivo dolore alla palpazione profonda sul decorso del nervo in dette regioni, segno di Lassegue intenso, scoliosi omologa, talora atrofia muscolare, clono dei glutei a piccole percussioni digitali e contrazioni fibrillari del tricipite surale. La sciatica bassa infine comprende la nevralgia al cavo popliteo ed ai rami peronieri ant. e post. nelle loro diramazioni della gamba e del piede, con dolenzia localizzata al ramo ad ai rami colpiti, esacerbantesi alla pressione dei punti di Valleix sul loro decorso e raramente accompagnato da atrofia muscolare.

Noi seguiamo quest'ultima divisione per

quanto crediamo che quasi tutte le forme siano originariamente alte. È in seguito che si ha la diffusione a tutti e tre i segmenti (sciatica totale) oppure al solo secondo segmento (sciatica alta e media). Le sciatiche medie e basse e la loro associazione si riscontrano a preferenza nelle forme di sciatica inveterata o recidivante in cui talora si possono anche scorgere dolenzie e contratture saltuarie ed incostanti, per lo più poco accentuate, della zona primitivamente colpita.

Nell'analisi della sciatica infine bisognerà ricercare se ci troviamo dinanzi a crisi acuta o remittente o prolungata, oppure dinanzi a forma recidivante a distanza di tempo più o meno accentuata, poichè il procedimento terapeutico di queste differenze deve tener conto.

I metodi terapeutici della sindrome ischialgica sono innumerevoli. Cito a puro titolo di curiosità le cauterizzazioni dell'elice e del trago in uso da molti secoli in alcune plaghe dell'India ed introdotte da non molti anni anche da noi, i piccoli salassi all'esterno del tendine di Achille, in uso fino a qualche decina di anni fa presso alcuni monaci; più recenti sono i metodi suggestivi della titillazione, dell'agopuntura (Vinai) e anche dei piccoli interventi endonasali e il salasso secondo Viola. **Nè** grandi favori credo abbia raccolto il metodo di Jacquerod basato su semplici manovre spondiloterapiche con distensioni e trazioni più o meno violente della colonna.

Pure concordando con Haguenau che la sciatica cosidetta essenziale non è — salvo rari casi — una malattia generale, credo che l'associazione di cure generali e possibilmente causali profilattiche alle cure sintomatiche locali, possa spesso fornire i migliori risultati.

Fra le cure generali, anzitutto bisogna tener presente il riposo assoluto in letto senza di che nessun metodo può dare buoni risultati. Quindi il trattamento con salicilici e derivati, con gli analgesici, talora con gli oppiacei. In secondo luogo la terapia fisica con bagni luce, docce calde, sabbiature, la terapia colloidoclasica e piretogena e l'autoemoterapia.

Fra le cure profilattico causali la protezione dal freddo e dall'umidità nei casi in cui questi fattori ne sono incriminati, sia col possibile cambiamento d'ambiente, sia con protezione a mezzo di vestiti, accorgimenti e dispositivi adatti; evitare strapazzi eccessivi e continuati, eventualmente cambiamento di occupazione, prescrizione di riposo adatto e ristoratore dopo il lavoro per gli individui che subiscono l'azione patogena della fatica e dello strapazzo; proscrizione, per quanto è possibile, dall'alcool negli individui dediti ad esso. Eventuali cure fisiche appropriate sugli individui a costituzione angiospastica con associazione di cure opoterapiche (estratti paratiroidei, estratti pancreatici disinsulinizzati), cure dietetiche vasodilatatrici nei casi in cui si riscontri arteriosclerosi o endoarterite, cure cau. e dietetiche nel diabete e nella gotta, la cura della malattia causale nelle forme di malattie infettive, l'allontanamento dai veleni nelle forme da intossicazione esogena la desensibilizzazione e l'astensione degli alimenti incriminati, nei rarissimi casi di ischialgie anafilattiche; fra le cure locali di iniezioni nel decorso e nelle vicinanze del nervo o nello spazio epidurale a seconda dei casi e delle sostanze usate, dei vari derivati della cocaina (novocaina, percaina, nurocaina, ecc.), di lipiodolo, di soluzione fisiologica, di acqua distillata, di salicilato di soda, di bijoduro di mercurio, di joduro di sodio che in fondo hanno tutti un'azione finale identica; mentre l'azione analgesica non è che temporanea, limitata ai primi momenti, l'azione definitiva risiede in un miglioramento del circolo sanguigno locale.

Parte a sè merita l'alcoolterapia, perchè l'alcool può agire da modificatore del circolo locale se iniettato a distanza conveniente dal nervo, o da interruttore della conduzione nervosa se iniettato sul suo decorso; inoltre non dimenticheremo le cure miranti ad ottenere rivulsione locale, sia con empiastri, la diatermia, le applicazioni di onde corte, l'elettrojonizzazione, la radioterapia. Si può dire che ogni medico che si occupi della terapia ischialgica ha un metodo proprio che in genere può sovente se non constantemente dare buoni risultati.

Fra i vari AA., Sicard usa il riposo ed i salicilici. In seguito, se necessario, ricorre all'alcoolizzazione per accerchiamento dei tessuti in vicinanza al decorso del nervo evitando quest'ultimo e cercando di avere effetto derivativo profondo con 15-16 cc. di alcool antipirinato al 25 %. Nei casi più inveterati, alla puntura epidurale con 10-20 cc. di soluzione all'1-2 % di novocaina o stovaina in soluzione fisiologica. Associa cure fisioterapiche e nei casi ribelli di nevrodocite ricorre alla laminectomia decompressiva. In tali casi, interventisti sono pure il Taylor che interviene nella guaina del nervo e da noi Putti che pratica l'artrectolaminectomina. Haguenau nelle lombosciatiche acute usa l'iniezione epidurale

di stovocaina o novocaina 1-2 % o siero fisiologico, o lipiodolo, facendo mantenere all'ammalato per 3 ore la posizione che assume nella puntura; nelle forme sacroiliache acute (forma media di Haguenau) inietta nei pressi dell'articolazione sacroiliaca una soluzione di eucaina o percaina ecc. o una soluzione al 5 % di joduro di sodio o soluzione fisiologica. Nelle forme acute tronculari (forma bassa di Haguenau) e delle diramazioni, inietta sul decorso del nervo o soluzione fisiologica, o acqua distillata, bijoduro di mercurio, salicilato o joduro di sodio, o meglio ancora — secondo Haguenau — lipiodolo o alcool, badando in quest'ultimo caso di non cadere sul nervo e associando anestesia. Usa pure iniezioni di aria ripetute nel sottocutaneo della faccia esterna della gamba per le forme peroniere. Tali cure naturalmente sono associate a riposo assoluto, a salicilici, ad analgesici, più di rado ad oppiacei. Haguenau consiglia di ritardare la fisioterapia in questo stadio, proscrive la diatermia, le irradiazioni ultraviolette e infrarosse, i massaggi. Nelle forme che tendono a prolungarsi ed a recidivare, oltre agli accorgimenti profilattico-causali, usa applicazioni calde o caldo-umide, la radioterapia e fra i medicamenti si attiene a somministrazione protratta di salicilici, all'iniezione locale di jodici e riserva la crenoterapia ed i massaggi alle forme più resistenti. Il Peritz consiglia, oltre al riposo ed ai salicilici a dosi massive, i barbiturici e gli oppiacei. Ricorre alla cura colloidoclasica ed alla cura causale con farmaci vasoregolatori ed opoteratici e indicazioni dietetiche; poi alla fisioterapia sotto forma di applicazioni calde di lunga durata: cuscini caldi, sacchetti di sabbia calda, bagni di luce, di fango, docce a vapore, Roentgenterapia. Infine ripetute iniezioni sul nervo od epidurali di liquidi indifferenti: soluzione fisiologica, acqua distillata ecc. associati o non ad eucaina o percaina all'1-2 %. Riserva massaggi nei casi con atrofia muscolare.

Alquanto originale è il trattamento che usa lo Slot il quale associa alla puntura epidurale praticata in narcosi evipanica, l'iperstensione rapida della colonna a cui fa seguire flessioni alternate delle coscie e nei giorni seguenti, massaggi, applicazioni di calore radiante. Oltre a ciò pratica iniezioni intraglutee ogni 4-6 giorni di 5 cc. di lipiodolo. La manovra di ipertensione si potrebbe ripetere dopo 8-10 giorni.

Noi, nel nostro Ospedale, pur senza seguire uno schema rigido ed immutabile, ci serviamo dei seguenti trattamenti:

Messo l'ammalato a riposo assoluto in letto, si inizia la terapia salicilica con clisteri di salicilato di sodio (gr. 3-4 per 2 al dì). Contemporaneamente si somministrano analgesici associati a barbiturici. Tali cure, qualche volta da sole bastano a migliorare notevolmente i dolori; i malati si trovano in migliori condizioni per le successive pratiche terapeutiche. Nei casi che non appaiono molto accentuati con associazioni di lombaggine usiamo anche il bagno luce che in casi molto freschi e lievi può dare con applicazioni quotidiane risultati definitivi come io ho visto in sei casi.

I bagni luce sono comunque un coadiuvante prezioso della puntura alla Dogliotti e della solfoterapia, metodi questi basali della nostra terapia e di cui dirò in seguito.

Nelle sciatiche basse ed in gran numero nelle sciatiche medie (secondo Sicard) frequentemente usiamo del procedimento revulsivo mediante empiastri senapati così preparati: gr. 400 di senape nera sono messi a contatto per mezz'ora con 100 gr. di olio essenziale di trementina. A parte si pongono a reagire fino a soluzione completa: veratrina gr. 1, cloroformio gr. 50, salicilato di metile gr. 8, canfora gr. 2, acido salicilico gr. 4, capsico gr. 5; dopo 30 o 40 minuti si aggiungono all'empiastro gr. 200 di aceto di vino buono e si versa sopra la soluzione impastando bene. Il malato occorre che sia stato almeno 24 ore a riposo e sia stato trattato con salicilici allo scopo di mitigare i dolori e permettere che egli sia riposato per sopportare questo trattamento. Si pratica all'inizio un'iniezione al malato di un ctg. di morfina. Su un « platré » di garza che dalla radice della coscia arrivi al calcagno, della larghezza di 20 cm. si stende uniformemente l'empiastro così preparato e lo si applica nella parte posteriore dell'arto colpito, coll'aiuto di due inservienti che tengono ben disteso il « platré » mentre con una benda si fascia l'empiastro ben aderente all'arto. Si lascia applicato l'empiastro da due ore e mezza a tre; dopo tre quarti d'ora o un'ora l'ammalato accusa bruciori che vanno crescendo e raggiungono qualche volta una notevole intensità. È bene allora ripetere l'iniezione di un ctg. di morfina verso la fine della seconda ora. Tolto l'empiastro, la zona su cui si è agito appare leggermente arrossata, arrossamento che aumenta fortemente nei primi due o tre giorni successivi, e dà qualche volta luogo a formazione di vescicole sierose. La cute poi rimarrà pigmentata anche per qualche mese. Appena tolto l'empiastro, occorre, sia, per dare refrigerio al malato sia, per evitare irritazioni sulla zona di derivazione, applicare un

secondo empiastro di vaselina sterile, da rinnovarsi giornalmente fino a che scompaia l'eventuale vescicolazione, mantenendolo ben aderente mediante fasciatura.

È un metodo questo che serve assai bene specie quando si usa, come per lo più ci capita di usarlo in individui robusti dediti a lavori gravosi, perfettamente sani riguardo al resto; bisogna infatti accertarsi che l'individuo non soffra di cardio o di nefropatia a fine di premunirsi dagli inconvenienti che potrebbero derivare da una revulsione che ha talora carattere di scottatura di secondo grado secondo la scala di Dupuytren.

Nelle forme totali, nelle forme alte, sovente nelle forme medie, qualche volta nelle forme basse ribelli la cura di elezione è per noi la puntura alla Dogliotti, assai più di rado la epidurale.

Il Dogliotti nel concepire questo intervento che presentò nel 1930, partì dalla concezione di Lugaro sulla funzione delle fibre nervose nella conducibilità dolorifica.

Tale concezione esclude non solo la possibilità di stimolazioni specifiche per il dolore, questo potendo essere generato da tutti gli stimoli delle varie sensibilità, seppure non in modo uguale per tutte, quando queste siano di una data intensità ed agiscano su una determinata estensione, ma anche l'esistenza di terminazioni e di fibre nervose periferiche specifiche per la recezione e la conduzione di stimoli dolorifici. Le stimolazioni sensitive portate centripetamente, passando ai neuroni di secondo ordine, a seconda della loro intensità prendono vie centripete diverse, poichè a intensità di stimoli diverse corrispondono « soglie » diverse nell'adito alle vie secondarie di conduzione. Le stimolazioni dolorifiche perciò non acquistano valori come tali se non quando per il loro numero e per la loro intensità sono riuscite a superare la « soglia » per il dolore che si trova nelle cellule dei neuroni di secondo ordine delle corna posteriori e centri bulbari omologhi, cellule che fanno capo a fibre le quali passano nel cordone antrolaterale opposto, decussandosi nella commessura anteriore, decorrono nel fascio spinotalamico attraversando il bulbo e il ponte e terminano nel talamo ottico del lato opposto a quello colpito dalle sensazioni dolorose. A questa concezione si avvicina quella del Leriche, che pone però la localizzazione della soglia nei centri corticali, negando così la via dolorifica midollare. Da questa ipotesi ne deriva che per sopprimere mediante intervento, una nevralgia non occorre bloccare o distruggere tutti i neuroni sensitivi del tronco nervoso affetto, ma basta il blocco o una distruzione parziale, più o meno estesa a seconda dell'intensità della nelvralgia: con la semplice riduzione numerica delle fibra periferiche e specialmente quelle della sensibilità termica, pressoria e vasale come quelle più incriminate nelle genesi del dolore, si ottiene la riduzione numerica delle stimolazioni, talchè il numero delle superstiti non è più in grado di aprire la soglia dolorifica della via di secondo ordine.

Partendo da questa ipotesi il Dogliotti ideò il suo intervento che consiste nell'iniezione di cc. 0,3-1 di alcool assoluto nello spazio subaracnoideo, mentre il malato è posto in posizione tale che l'alcool colpisca solo le radici posteriori. Il metodo da noi seguito è fondamentalmente quello descritto dall'A.: letto rialzato di 5 o 10 cm. all'estremo podalico. Il malato che ha subìto il riposo e la cura salicilica preventiva si fa sedere su un cuscino sulla sponda del letto opposta all'arto affetto, e gli si fa provare il movimento a « bascule » per cui ruotando sull'anca dal lato sano, riporta gli arti inferiori e il capo sul piano del letto. Si usa un comune ago da puntura lombare; che si introduce nella posizione classica della puntura lombare all'altezza del quarto o quinto spazio lombare e si fa defluire 0,5-1 cc. di liquor. Si rimette il mandrino all'ago e il malato compie il movimento di « bascule » e si lascia cadere leggermente in avanti nel decubito laterale omologo. Noi iniettiamo allora mediante innesto all'ago, cc. 0,2-0,3 di alcool a 95° avendone aspirato 0,4, tenendo conto che circa 0,1 cc. vada perso nella lunghezza dell'ago. Il malato mantiene la posizione assunta per 2 o 3 ore. L'alcool, più leggero del liquor, risale nella parte più alta e quindi, in virtù della posizione leggermente cadente in avanti, attorno alle radici posteriori. Subito dopo l'iniezione l'a. sente localmente un senso di calore o anche di bruciore che si irradia lungo l'arto inferiore associato talora a formicolii e iperestesie; il dolore scompare, si ha attenuazione dei riflessi, raramente scomparsa. In questi casi bisogna tenerne conto per non interpretare questo segno, specialmente in casi di recidiva, come segno di nevrite. Il Dogliotti descrive che alle dosi da lui usate ebbe talora a lamentare leggeri e temporanei disturbi della sensibilità e della mobilità dell'arto colpito. Noi colla dose di 0,2-0,3 cc. non abbiamo mai notato tali inconvenienti e rarissimamente gli a. hanno accusato cefalee, mai nausee o vomiti. A di-

stanza di qualche ora i dolori ritornano assai attenuati ed in genere scompaiono lentamente in un periodo di tempo che va da due o tre giorni ad altrettante settimane. Nei casi resistenti, l'iniezione si può ripetere dopo 10-12 giorni. Questo metodo che ha anche il vantaggio di permettere l'estrazione di quel minimo di liquor che basta per eventuali reazioni di Pandy ed esame albumino-citologico è — secondo noi — superiore ad ogni altro metodo.

Anzitutto per la sua innocuità pressochè assoluta quando venga praticato con tutte le precauzioni necessarie e secondo la tecnica prescritta e *quando si usino — come noi — piccole dosi di alcool;* inoltre per la sua semplicità superiore a tutte le punture paravertebrali, perineurali, agli interventi chirurgici di neurolisi periferica o di laminectomia, infine sopratutto per gli ottimi esiti che può dare. Noi abbiamo così trattato 22 casi di sciatica cosidetta essenziale nelle sue varie forme di cui una quindicina col solo aiuto del riposo e dei salicilici, gli altri con il sussidio di altre terapie. Possiamo dire che con quasi tutti i casi abbiamo avuto buoni risultati, in alcuni addirittura ottimi, in qualcuno un notevole miglioramento. In due di questi ultimi casi anche l'aiuto di altri sussidi non migliorò ulteriormente lo stato della malattia. Secondo noi tale metodo è nettamente superiore per esiti e semplicità anche alla puntura epidurale anche addizionata di anestetici che pure abbiamo provato in parecchi casi. Nel metodo Dogliotti non crediamo però si tratti solo di interruzione delle fibre sensitive; il blocco non è il solo fattore. Credo che con le basse dosi da noi usate, il blocco sia iniziale e reversibile a cui succede l'azione modificatrice del circolo locale come potrebbe essere provato dalla immediata scomparsa del dolore dovuta al blocco e dal suo mite ritorno successivo con scomparsa graduale, dalla maggior efficacia da noi riscontrata nelle affezioni totali ed alte in confronto alle localizzazioni basse, infine dall'assenza di alterazioni sensitive e dei riflessi (parliamo però sempre di dosi di 0,2-0,3 cc. di alcool).

Un'ultima osservazione su questo metodo è che anch'esso tanta maggior probabilità di riuscita quanto più precocemente viene usato, mentre assai più stentato ne è l'effetto nei casi trascurati, a data di insorgenza lontana.

In questi casi, come pure nei ribelli e recidivanti con notevole frequenza e nelle forme basse o medie in cui non è possibile intervenire coll'empiastro senapato, ricorriamo alla zolfoterapia. Già il mio primario, prof. V. De-Benedetti aveva precedentemente richiamato l'attenzione su dodici casi da lui trattati con zolfoterapia ottenendone otto guarigioni, un miglioramento notevole e tre esiti negativi. Posso aggiungere a quelli del De-Benedetti altri quattro casi di zolfoterapia in sciatica essenziale di cui tre hanno dato buoni risultati con scomparsa dei dolori, mentre uno ha avuto uno scarso miglioramento. In una decina di casi lo zolfo è stato poi da noi usato quale coadiuvante dell'empiastro, del bagno luce, della Dogliotti. Particolarmente felice ci è apparsa in tre casi l'associazione del bagno luce e della zolfoterapia applicati alternativamente. Buoni risultati abbiamo ottenuto in tre casi con l'associazione dell'empiastro senapato e in tre casi come cure complementari della Dogliotti. In un quarto caso trattato anche con l'empiastro e l'epidurale ripetuta tre volte con scurocaina, abbiamo avuto risultato mediocre. Nella zolfoterapia usiamo fare complessivamente da tre ad otto iniezioni profonde nel quadrante superiore esterno delle natiche, di dosi crescenti da 0,2 a 0,5 cc. di una sospensione al 5 % di zolfo depurato e lavato, finemente suddiviso in olio di olivo sterile. Le iniezioni si praticano ogni quattro, cinque giorni, eccettuato nella combinazione col bagno luce in cui le dosi non salgono oltre 0,3 cc. ogni tre giorni. Ad ogni puntura seguono in genere riacutizzazione del dolore, temporanea, e rialzi termici. I risultati non si hanno che a distanza di parecchi giorni e sovente di settimane. Anche in questo procedimento facciamo precedere il riposo e la cura salicilica. Dobbiamo dire che non abbiamo avuto giovamento dall'uso di altri preparati a base di zolfo all'infuori della sospensione di zolfo precipitato. Così pure dobbiamo dire che fra gli altri sussidi terapeutici nulla è stata la diatermia, sperimentata in parecchi casi con applicazioni ben dosate e protratte. Recentemente poi era stato preconizzato l'uso di veleno di api: per quanto l'esiguo numero dei casi così trattati non ci permetta di dare giudizi definitivi, su tre casi in cui esso è stato sperimentato, abbiamo avuto due casi decisamente negativi e uno di giovamento incerto, avendovi associato i salicilici e altri trattamenti. A tutti questi procedimenti, ove sono consigliabili, facciamo seguire i provvedimenti profilattico-causali del caso.

A margine dei risultati ottenuti ho notato che accade talvolta, nonostante si riesca a

dominare completamente la sintomatologia dolorosa delle sciatiche essenziali, che la contrattura antalgica invece non cede, anzi si trasforma in contrattura permanente, con persistenza della scoliosi da essa provocata, senza che nè clinicamente, nè radiologicamente si possano mettere in evidenza alterazioni osteoarticolari.

Fra i casi capitatici il più notevole è questo: M. Giuseppe di anni 33 sposato con due figli; non malattie pregresse, nega lue e veneree, modico bevitore e fumatore; lavora da 9 anni come manovale in stabilimenti di seta artificiale in ambiente costantemente umido; da un anno sofferente di sciatica destra trascurata sempre a cagione del lavoro. La sintomatologia ebbe all'inizio delle remittenze che si sono fatte sempre più brevi fino a stabilirsi negli ultimi tre mesi di una sintomatologia dolorosa continua. Aumentando anche notevolmente l'intensità di essa l'A. è costretto a richiedere le cure ospitaliere. All'entrata in ospedale si presenta in buone condizioni generali, senza affezioni a carico di altri organi; sintomatologia completa di sciatica cosidetta essenziale, varietà totale a destra, con dolore diffuso sul decorso dello sciatico, contrattura antalgica, scoliosi contro laterale, Lassegue molto evidente, punti di Valleix dolentissimi alla pressione, non alterazione della sensibilità e dei riflessi. R. W., R. T. Meinike e R. Müller II negative. È rimasto in ospedale per 4 mesi durante i quali mediante la associazione dell'empiastro, della puntura alla Dogliotti, otto iniezioni di zolfo e tre epidurali, si riuscì ad ottenere la scomparsa della sintomatologia dolorosa. Però non riuscimmo in alcun modo a vincere la contrattura muscolare. Peraltro l'esame radiografico ripetuto e qui riprodotto (fig. 1) non ci mise in evidenza alcuna alterazione osteo articolare della colonna lombo sacrale. La scoliosi permane tuttora accentuatissima dopo due mesi dacchè l'a. è stato dimesso come si vede dalla fotografia riprodotta (fig. 2) ed è tale da ostacolare non solo il lavoro utile ma anche la deambulazione.

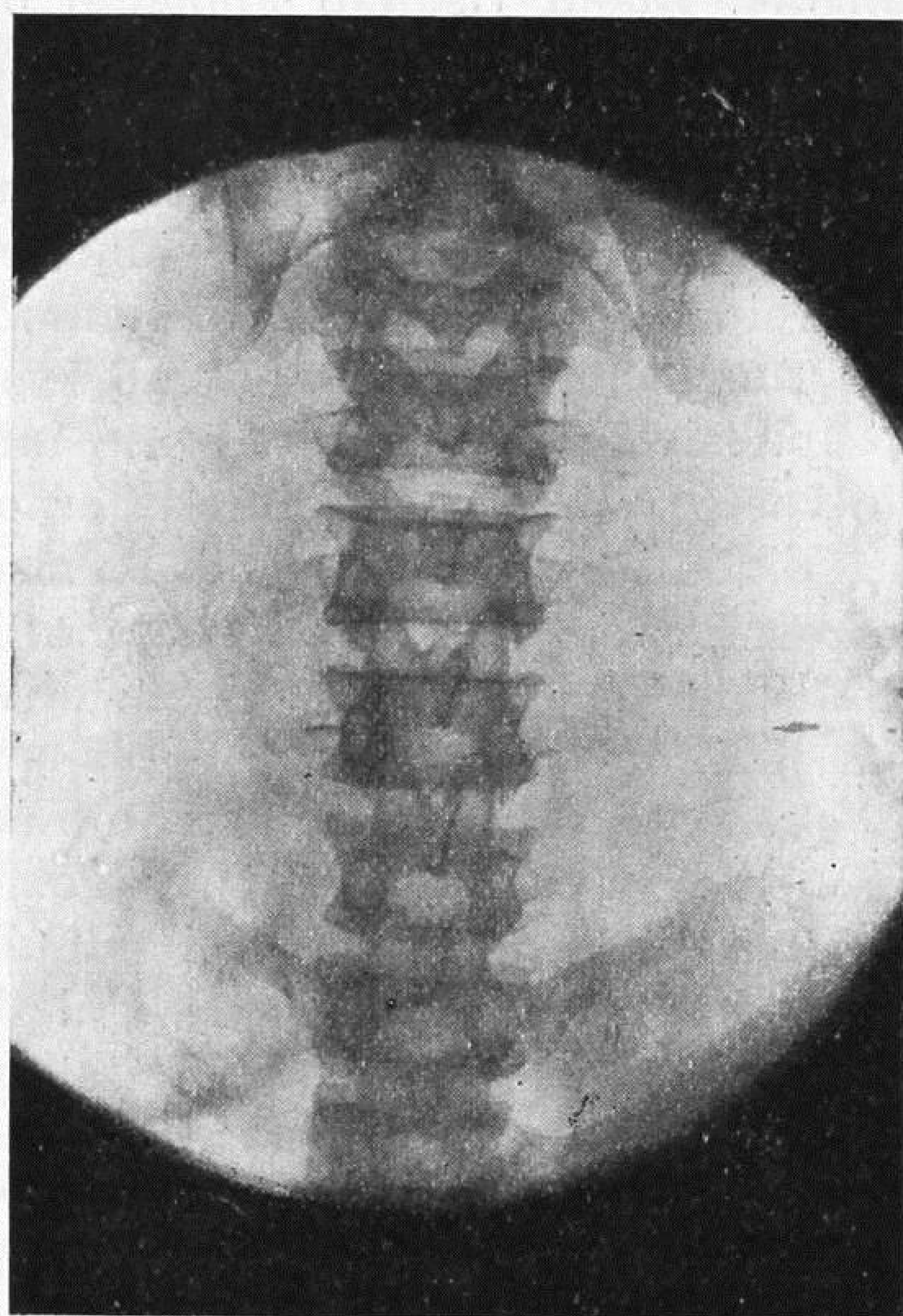


FIG 1.

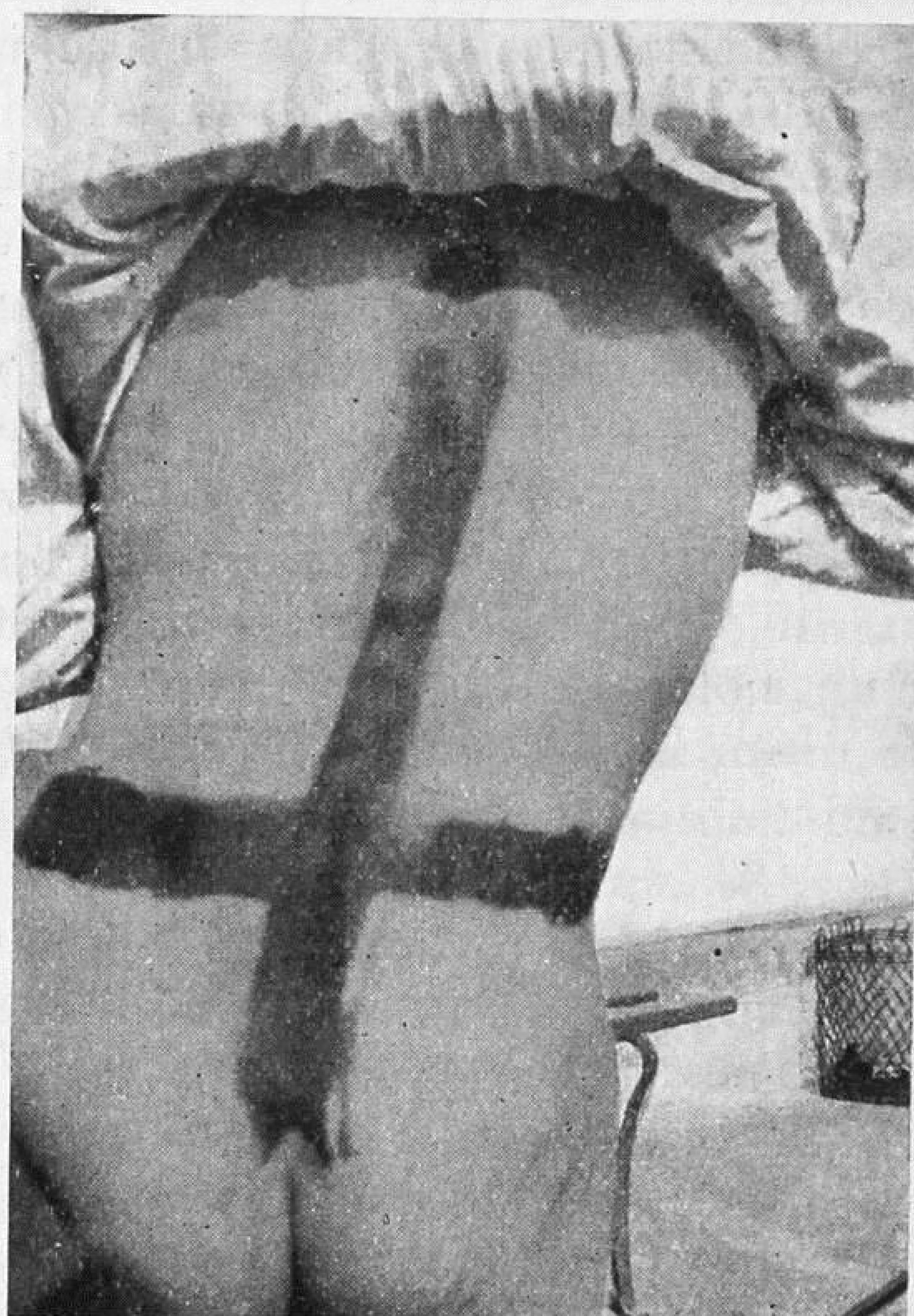


FIG. 2.

In questi casi si tratta generalmente di sciatiche trascurate a decorso cronicizzato in cui più che mai si affaccia l'ipotesi della nevrodocite; probabilmente la contrattura ipertonica antalgica di natura nervosa da stato di sorveglianza muscolare, per dirla con Sicard, si trasforma in vero stato di contrattura permanente di natura muscolare. Nel caso descritto l'iniezione di scurocaina al 2-4 % nelle masse muscolari contratturate non ha portato che leggeri temporanei miglioramenti per cui ora abbiamo proposto cure crenoterapiche ad Acqui da cui speriamo possa trarre qualche beneficio.

In conclusione l'insieme delle osservazioni che ho potuto fare nel nostro ospedale mi induce a pensare che la sciatica cosidetta essenziale è a torto considerata una specie di rompicapo terapeutico. Nessun medico deve

ritenersi di fronte ad una sciatica, disarmato. La terapia offre molti e svariati mezzi di cura: non esiste un toccasana per la sciatica, ma una disamina che vuole essere acuta della patogenesi, può già molte volte suggerire un indirizzo di cura. Nè occorre aggiungere, dopo quanto si è detto, che quello che non può fare una cura si ottiene quasi sempre ricorrendo alla associazione di molteplici trattamenti. Lo scopo di questo lavoro è, oltrechè indicare alcuni mezzi terapeutici di non difficile applicazione, di persuadere il medico pratico che la sciatica essenziale è malattia che può offrire vasto campo all'acume diagnostico, non poche soddisfazione terapeutiche e perciò di fronte ad essa non è giustificato l'atteggiamento nichilista o pessimista di certi medici che conduce poi i pazienti, con loro danno, a ricorrere all'opera unilaterale ed incompetente dell'empirico.

RIASSUNTO.

L'A. mette in luce i criteri che debbono informare la cura della sciatica cosidetta essenziale. Dopo avere passato in rivista gli innumerevoli metodi terapeutici, descrive quelli che — per propria esperienza — offrono buone garanzie di risultati e cioè: il bagno luce, l'empiastro senapato, l'iniezione sub-aracnoidea di alcool alla Dogliotti, la solfoterapia a cui raccomanda di unire cure generali e profilattico-causali.

BIBLIOGRAFIA.

ALEXANDER. Kraus-Brugs: *Manuale di patologia speciale e terapia*, X, 1

CATOLA. *Nevralgia del plesso sacrale: nevralgia sciatica.* Il Policlinico, Sez. pratica, n. 13, 1929.

CALISSANO. *Su di un caso di scoliosi sciatica alternante.* Chirurgia degli organi di movimento, vol. IX, 1925.

DEBENEDETTI. *Il trattamento delle sciatiche con le iniezioni di olio solforato al 5 %.* Ospedale Maggiore di Novara, n. 8, 1930.

DEBENEDETTI e MAGGIA. *Esperienze personali sul trattamento della scialica con iniezioni di alcool nello spazio sottoaracnoideo.* Congresso Intern. di Anestesia ed Analgesia, Torino, aprile 1935.

DOGLIOTTI. *Traitement des sindromes douloureux de la périphérie.* Presse Médicale, n. 67, 1931.

ID. La Medicina Contemporanea, n. 3, 1935.

FERRIO. *Manuale di Medicina interna* (CECCONI). Vol. III: *Malattie da agenti fisici.*

HAGUENAU. Presse Médicale, n. 83, 1934.

HAUSER. Journal American Medic. Assoc., maggio 1934.

JACQUEROD. Revue Médic. de la Suisse Romande, n. 44, 1924.

MATTIROLO. *Diagnostica malattie nervose.* U.T.E.T., 1927.

ID. *Manuale medicina interna* (CECONI). Vol. IV: *Malattie dei nervi periferici.*

MAGISTRIS. Ergebn. der Physiol., 1931, vol. 31.

MARINESCO e DRAGONESCO. Comptes rendus Accad. des Sciences, 1921.

OPPENHEIM. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk., 62, 1918.

PERITZ. *La clinica moderna* (KLEMPERER). Vol. VI: *Nevralgie.*

PETTE. Münchener med. Woch., 1929.

ID. Fortschr. Neurol. u. Psych., 1931.

PUTTI. *Sciatiche vertebrali.* Società Medico-Chirurgica, Bologna, 1925.

ID. *Sciatiche vertebrali.* Riforma Medica, n. 29, 1929.

ID. The Lancet, n. 5419, 1927.

SCHIASSI. *Manuale di Medicina Interna* (CECONI). Vol. III: *Le diatesi.*

SICARD. *Les sciatiques. Traité de Pat. Médic.* Sergent Babonneix, Maloine, 1921.

ID. *Algies et leur traitement* in *Quéstion Neurologiques d'Actualités.* Masson, 1922.

SLOT. The Practitioner, 1933.

VINAI. *Primi esperimenti pratici di ago puntura cinese.* Minerva Medica, n. 15, 1935.

VIOLA. *Cura della sciatica col salasso.* Riforma Medica, n. 40, 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DEL BAMBINO GESÙ DI ROMA

II REPARTO CHIRURGIA - Primario: Prof. CRAINZ.

Gli ascessi freddi della parete toracica di origine stafilococcica.

Dott. GIUSEPPE SCOLLO,

chirurgo aiuto dell'ospedale.

Gli ascessi freddi hanno nella parete toracica una sede di loro predilezione.

Si designano abitualmente come « freddi » quegli ascessi che si stabiliscono in maniera lenta e spesso subdola, hanno un decorso più o meno cronico e si presentano, nella loro evoluzione, senza alcuna reazione infiammatoria evidente, senza, cioè, quel calore, rossore e dolore vivo che sono le note fondamentali, già fissate magistralmente da Celso, degli ascessi così detti « caldi ».

Questa definizione degli ascessi freddi è, come ognuno vede, una definizione puramente sintomatica, creata dai vecchi autori che così lasciavano impregiudicato il problema etiopatogenetico.

Senonchè successivamente si è dimostrato, con l'indagine clinico-batteriologica, che la grande maggioranza di questi ascessi freddi è dovuta all'azione del bacillo di Koch.

N'è venuto così l'uso comune di considerare gli ascessi freddi come sinonimo di ascessi tubercolari, comprendendo nella primitiva definizione sintomatica un concetto etiopatogenetico definitivo.

Se si considera poi che gli ascessi di origine tubercolare si localizzano alla parete toracica con frequenza effettivamente notevole, sia come ascessi primari derivati dai tessuti locali, sia come ascessi secondari propagati da un focolaio vertebrale, resta spiegata la ragione del perchè quasi tutti gli autori quando parlano, nei trattati di patologia e diagnostica chirurgica, di ascessi freddi della parete toracica, intendono unicamente riferirsi a quelli di origine tubercolare.

È indubitato che i così detti ascessi freddi tubercolari non sono altro che raccolte purisimili, cui non si adatta, patologicamente parlando, l'appellativo che si dà loro di ascessi, in quanto da questi essi differiscono sia per la costituzione della loro parete, come per la natura del loro contenuto.

Ma a parte ciò, è da far rilevare che ascessi freddi nel significato della primitiva definizione sintomatologica, si possono presentare a livello della parete toracica, senza che abbiano alcun rapporto eziologico con il bacillo di Koch.

La loro frequenza non è certo paragonabile alle raccolte tubercolari, preponderanti in quella regione, ma non è neanche poi così tanto scarsa come parrebbe desumersi dal nessuno o scarso accenno che se ne fa nei comuni trattati di patologia e diagnostica chirurgica.

Ogni microbo piogeno, a virulenza ridotta, è capace di dar luogo a raccolte purulente, le quali clinicamente possono assumere l'aspetto di ascessi freddi.

Si descrivono così ascessi freddi di origine micotica, ascessi da colibacillo, da pneumococco e sopratutto da bacillo di Eberth, ma nessuno dei trattatisti accenna alla possibilità di ascessi freddi della parete toracica occasionati dallo stafilococco aureo.

Eppure già in osservazioni antiche ma indiscutibili di Roger, Walther, Ricard, tale possibilità era stata ben documentata e credo non ci sia chirurgo di larga esperienza che non abbia avuto occasione di osservare qualcuno di tali ascessi da stafilococco aureo evolenti, a causa dell'attenuata virulenza del germe, con un minimo di reazione flogistica.

Per tanto ho ritenuto utile ed opportuno richiamare l'attenzione su tali ascessi che quando si localizzano, come non di rado, alla parete toracica simulano perfettamente i così detti ascessi tubercolari con i quali, in ragione della loro particolare frequenza in detta sede, sono d'ordinario confusi a un esame clinico non approfondito.

Non scrivono forse quasi tutti gli autori che in presenza di una tumefazione fluttuante a cronico decorso della parete toracica non si erra affermando di trovarsi in presenza di un ascesso freddo tubercolare; e che parlare di ascessi freddi della parete toracica è come dire ascessi tubercolari?

Ora, secondo la nostra esperienza acquisita nel servizio di un reparto chirurgico infantile e restando al significato sintomatico dell'aggettivo freddo aggiunto alla parola ascesso, noi non siamo così assoluti e teniamo a far rilevare che accanto alla grande classe dei così detti ascessi freddi tubercolari deve trovare posto una classe, piccola ma diagnosticamente importante, di ascessi freddi della parete toracica di origine stafilococcica.

Questi ascessi freddi stafilococcici che si localizzano alla parete toracica prediligono ordinariamente i bambini e gli adolescenti, e rappresentano una localizzazione della sepsi stafilococcica così frequente nella tenera età.

Secondo la mia esperienza essi insorgono in due circostanze diverse. E cioè: o come manifestazione secondaria e tardiva di una infezione stafilococcica cronicizzata da più o meno lungo tempo, la quale ha già dato localizzazioni multiple in altre sedi e specialmente allo scheletro (osteomieliti), quando verosimilmente il germe ha attenuato la sua virulenza e l'organismo si è come immunizzato; oppure essi insorgono come manifestazione primaria e talora unica di una sepsi fin dall'inizio molto attenuata e che più o meno rapidamente si esaurisce.

La diagnosi di un ascesso stafilococcico della parete toracica che insorge nella prima evenienza non presenta di regola eccessiva difficoltà, nonostante il suo aspetto simulatore.

È un canone diagnostico di riportare a una stessa causa le svariate manifestazioni morbose riscontrate in uno stesso soggetto, e quindi in un caso della specie il sospetto di una secondaria localizzazione stafilococcica dovrà necessariamente imporsi alla mente e basterà a dirigere le ricerche opportune per il giusto controllo diagnostico.

Ben diversa è invece la situazione qualora l'ascesso stafilococcico della parete toracica insorge nella seconda evenienza; cioè, senza evidenti precedenti morbosi, in maniera tutt'affatto silenziosa e con quella discretezza di sintomi che è particolare degli ascessi freddi.

L'errore diagnostico allora è facile e la confusione con una raccolta tubercolare, pressochè inevitabile.

A conferma di ciò descrivo fra i vari casi che ho avuto occasione di osservare, uno capitato di recente al II Reparto Chirurgico dell'Ospedale infantile del Bambino Gesù di Roma.

A. C., di anni 7.

Ha sofferto morbillo e pertosse all'età di 4 anni. Dall'anamnesi prossima si apprende che la madre si è accorta occasionalmente una quindicina di giorni fa che il bambino presentava una tumefazione alla regione posteriore del torace. Ritenendo fosse il prodotto di uno spintone che il bambino aveva ricevuto da un compagno, dapprima non se ne preoccupa. Poi visto che la tumefazione non tende a scomparire e che sopraggiunge qualche decimo di temperatura serotina, chiama un sanitario che diagnostica ascesso freddo tubercolare del torace. Avendo notato infine che il bambino da qualche giorno zoppica e si lagna di dolore alla natica, si decide a condurlo in ospedale.

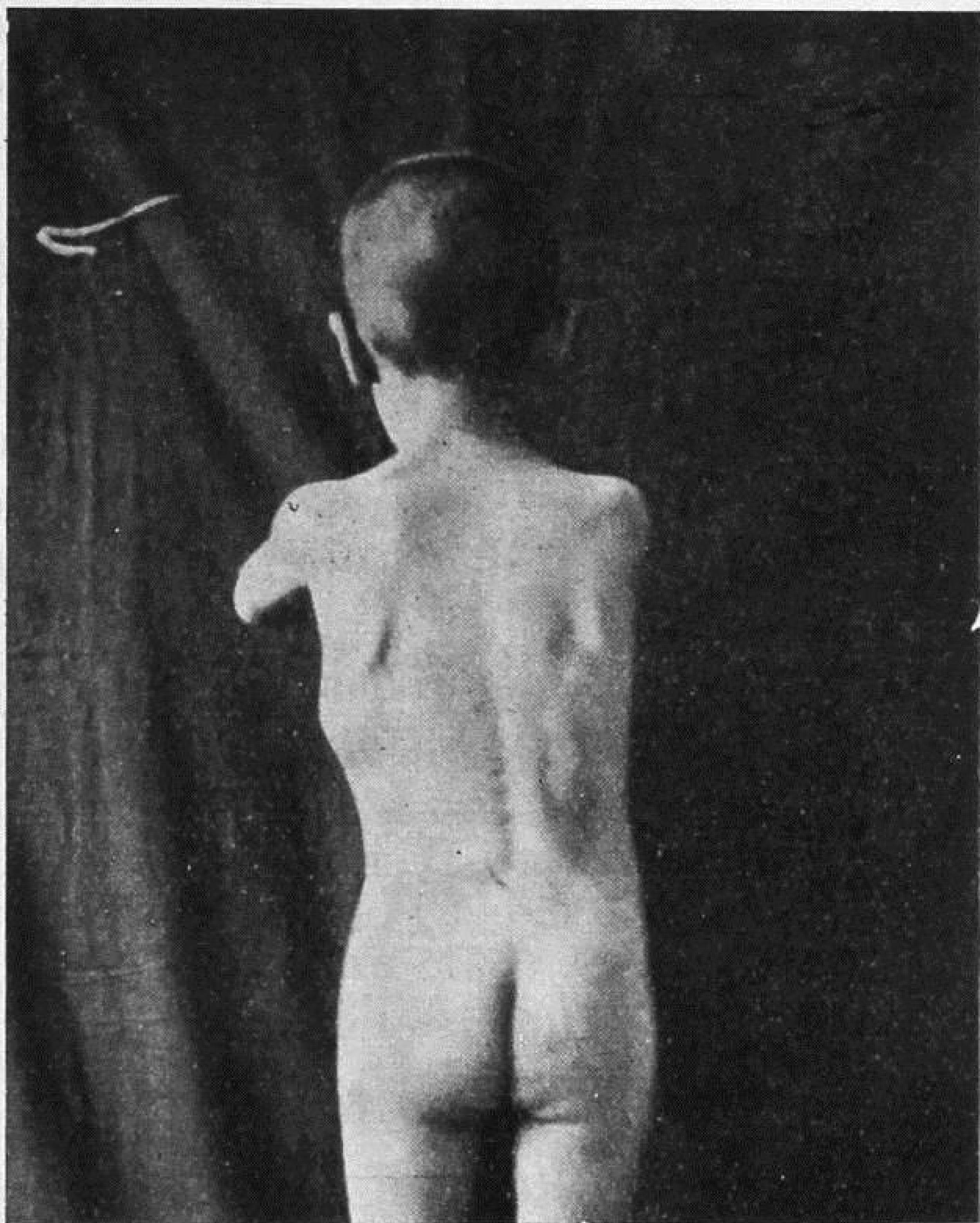


FIG. 1.

Obbiettivamente si nota: subito al disotto dell'angolo della scapola una tumefazione ovoidale, della grandezza circa di un uovo di tacchino.

La cute soprastante si presenta di colorito assolutamente normale; non è calda al termotatto, non edematosa, e conserva la sua naturale scorrevolezza.

La tumefazione ha limiti poco netti, superficie liscia, consistenza molle elastica fluttuante, modicamente spostabile e dolente.

La diagnosi di ascesso freddo da probabile carie costale s'impone anche alla nostra osservazione (fig. 1).

Esaminando la regione dell'anca sin., si constata una certa limitazione nei movimenti articolari estremi; vi è una infiltrazione profonda, poco bene circoscritta, in corrispondenza della natica S.; gangli duri, spostabili, indolenti si palpano all'inguine S.

Un esame radiografico del torace e del bacino, rimane negativo per lesioni dello scheletro. Fu allora praticata una puntura esplorativa in corrispondenza della tumefazione costale, da cui si ricavò un pus denso cremoso, giallo rossastro.

Con un tale reperto la primitiva diagnosi di ascesso tubercolare non poteva più sostenersi. L'ipotesi che nel caso nostro si potesse trattare di un originario ascesso freddo tubercolare che si fosse secondariamente infettato, di un così detto ascesso freddo riscaldato, non sembrò infatti neanche probabile in quanto, se così fosse stato, si sarebbe dovuto avere un decorso più rapido e più tumultuoso, come di solito accade nelle lesioni tubercolari associate con i comuni germi piogeni.

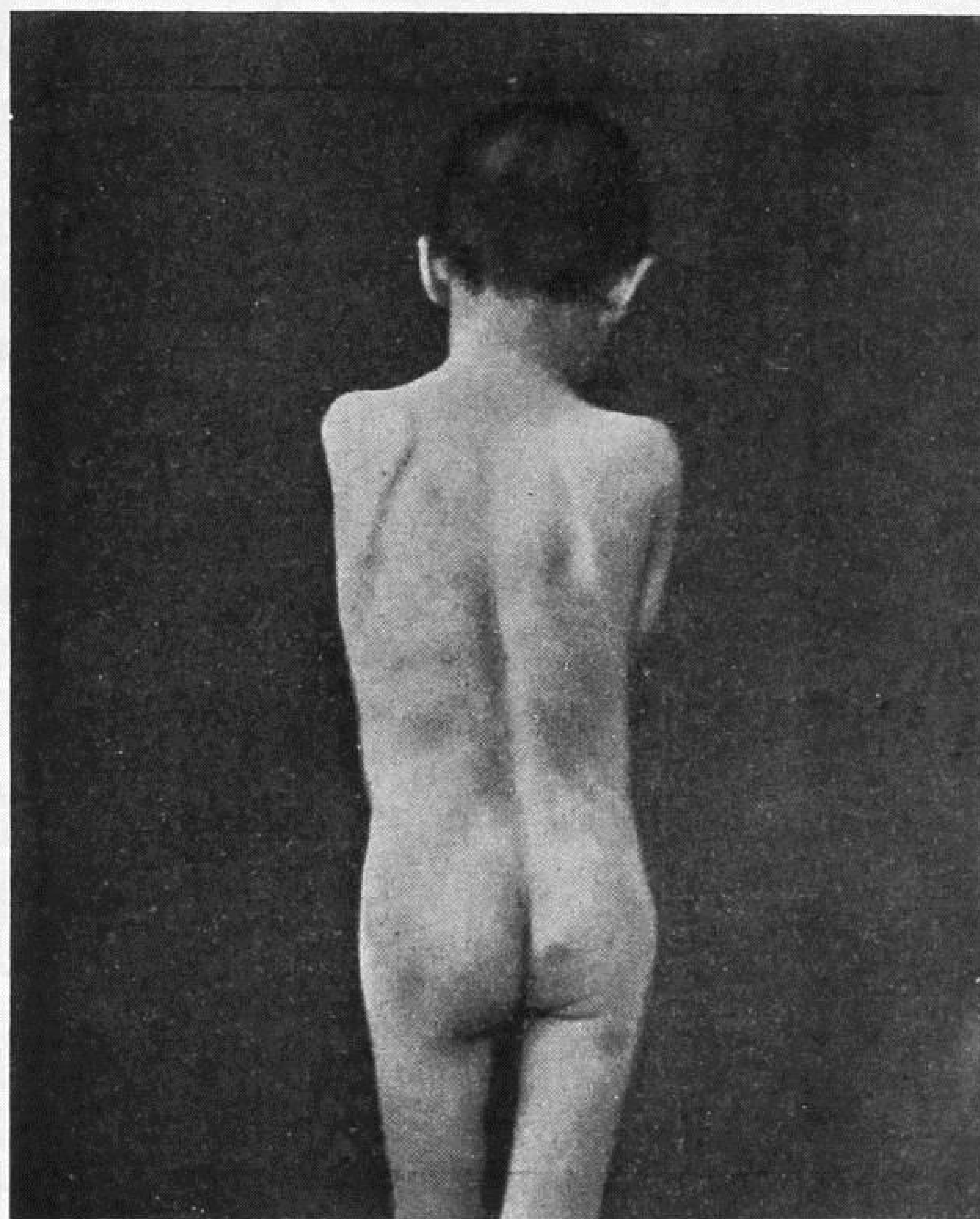


FIG. 2.

L'esame batteriologico del pus fatto non soltanto per striscio, ma per cultura, com'è necessario per stabilire una corretta diagnosi eziologica, troncò ogni discussione, mettendo in evidenza tipiche colonie di stafilococco aureo da cui si preparò un vaccino. Però bastarono due punture evacuative a distanza di una settimana a portare la guarigione dell'ascesso toracico, mentre l'infiltrazione della natica si risolse spontaneamente senza cura di sorta (fig. 2).

Dalla relazione di questo caso, come di altri del genere che ho avuto occasione di osservare, risulta quindi dimostrato che nei bambini non è infrequente che lo stafilococco aureo a cui noi comunemente attribuiamo la proprietà di dar luogo a flogosi acute e calde, sia talora il germe unico responsabile di tipici ascessi freddi che, se localizzati alla parete toracica, possono mentire perfettamente le raccolte pseudo-ascessuali di origine tubercolare.

Non è quindi fuor di luogo richiamare l'at-

tenzione dei medici ad essere cauti nel formulare una diagnosi eziologica di tubercolosi in presenza di una tumefazione della parete toracica con i caratteri di un ascesso freddo, sopratutto se si tratta di un bambino.

E ciò, per non gettare inutilmente un allarme sproporzionato nella famiglia; e per non essere infine tacciati di faciloneria diagnostica.

Bisogna confessare che la differenziazione tra un ascesso freddo tubercolare e un ascesso freddo stafilococcico, riesce, col solo esame clinico, talora addirittura impossibile.

Certamente il modo di svolgersi dei due processi è essenzialmente diverso e questa diversità patogenetica potrebbe mettersi bene in evidenza con i dati anamnestici. Ma nei bambini purtroppo, il criterio anamnestico non ci soccorre come negli adulti.

Sia che si tratti di un ascesso freddo derivato dal rammollimento di una massa granulomatosa specifica, durata per vario tempo allo stato così detto di crudezza, sia che si tratti invece di una infiltrazione flogistica piogenica trasformatasi più o meno rapidamente in una raccolta purulenta fredda, molto spesso nel bambino noi ci troviamo in presenza di una tumefazione fluttuante che presenta lo stesso aspetto sintomatologico in entrambi i casi, e che è scoperta incidentalmente, senza potere avere conoscenza alcuna della singola fase preparatoria.

Un dato clinico probatorio per sospettare fortemente che si possa trattare di un ascesso freddo piogenico è l'associazione non rara, in questo caso, di un altro focolaio flogistico in sede non abituale per raccolte tubercolari, o dove per lo meno queste non possono comunque essere spiegate come originate da propagazioni di lesioni tubercolari lontane.

Fu così che, in una bambina, un ascesso freddo toracico interpetrato dapprima come tubercolare, fu poi correttamente diagnosticato come piogenico, allorchè si costatò contemporaneamente una infiltrazione flogistica del grande labbro.

Così anche nel caso su riferito, l'infiltrazione della natica S. doveva e poteva essere sufficiente a scartare, o per lo meno a rendere fortemente dubbia l'ipotesi emessa che l'ascesso freddo toracico fosse di origine tubercolare.

Per finire questa breve nota, richiamiamo infine l'attenzione sulla grande benignità che spesso assume l'evoluzione di questi ascessi freddi stafilococcici.

Essi in qualche caso guariscono spontaneamente, senza neanche fistolizzarsi; talora bastano una o poche punture evacuative; sempre utile o sufficiente alla loro guarigione riteniamo sia l'applicazione dei raggi infra-rossi.

Per tali ascessi, quindi, la regola dell'« ubi pus, ibi evacua » non è così categorica; e il bisturi, almeno in primo tempo, può essere lasciato da parte.

RIASSUNTO.

L'A. richiama l'attenzione sulla non rara possibilità che gli ascessi freddi della parete toracica, ritenuti abitualmente come di origine tubercolare, possono essere, specialmente nei bambini, occasionati dallo stafilococco aureo.

L'A. accennando alla difficoltà clinica della diagnosi differenziale nei due casi, ritiene che un dato probatorio per ammettere che si tratti di ascesso freddo stafilococcico è la possibile coincidenza di altro focolaio flogistico in altra sede, il quale a priori può scartarsi come dovuto a lesione tubercolare. Insiste infine sulla necessità di praticare sempre, per giungere a una corretta diagnosi di natura, l'es. culturale del contenuto ascessuale; e chiude la sua nota, ricordando la grande benignità di questi ascessi freddi di origine stafilococcica.

SUNTI E RASSEGNE

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Sull'infezione focale.

(H. GINS e M. WASSMUND, *Deutsche Mediz. Wchnschr.*, 20 sett. 1935).

La dottrina dell'infezione focale che ha trovato molti zelanti sostenitori e forse non meno accanite opposizioni, sembra ormai aver superato la fase dell'ipotesi per essere accettata quale corrispondente alla realtà clinica. L'articolo di Wassmund è appunto dedicato al valore pratico della nozione dell'infezione focale; l'A. cita una serie di casi nei quali la rimozione del « focus infettivo » (rappresentato da un focolaio dentario e peridentale) ha provocato una esacerbazione e successivamente una rapida guarigione di un processo infettivo generalizzato. Il lavoro di Gins rappresenta invece una revisione dei concetti « classici » sull'infezione focale, come sono stati considerati ed esposti da Rosenow.

Viene anzitutto contestato il fatto che siano principalmente gli streptococchi gli agenti dell'infezione focale, come pure la possibilità di trasformazione di questi nella variante di streptococco mucoso e in pneumococco. L'A. rileva come tale affermazione di Rosenow, analogamente a quella di un tropismo elettivo di questi germi non abbia finora, a malgrado

l'esperienza decenne, trovato sufficiente conferma. Egli mette invece in evidenza la frequente partecipazione al processo di infezione di alcuni germi anaerobi, in parte finora non conosciuti. Alcuni di questi, come p. es. il *b. melaninogenicum*, che di solito si riscontrano soltanto nella flora boccale, sono stati riscontrati in organi malati ben distanti, come ad es. nella appendice, in una fistola da ascesso subfrenico, ecc., tanto da poter affermare che si tratti di un processo metastatico. Lo stesso dicasi del b. fusiforme associato agli spirilli della bocca. Secondo l'A. soltanto ulteriori studi batteriologici potranno illuminare sufficientemente il problema dell'importanza ezio-patogenetica dei vari rappresentanti della flora boccale nei processi microbici endorganici; accanto alla emocoltura praticata contemporaneamente all'esame batteriologico del focus nel momento della riacutizzazione, sarebbero interessanti le prove sierologiche tendenti a mettere in evidenza gli anticorpi specifici dell'agente infettivo.

Nello studio del momento patogenetico l'A. si sofferma sulla importanza del granuloma apicale dentario. Egli fa notare come un focolaio microbico non rappresenta un focus di infezione generale fino a che è limitato al solo canale radicolare; d'altra parte, la formazione granulomatosa costituisce una barriera insormontabile sia ai germi, che alle loro tossine; quindi, la presenza di un granuloma non rappresenta di per sè l'indicazione per un'estrazione, nè la riprova che il dente sia realmente da incolparsi quale la prima tappa di un processo infettivo a distanza. Solo un'infiammazione in atto, che coinvolge il granuloma e i tessuti circostanti riapre il passaggio ai germi del dente per vie linfatiche e per quella ematica.

L'A. conclude affermando che solo ulteriore studio istologico e batteriologico dei foci dentari e della manifestazione a istanza permetterà di distinguere le lesioni locali innocue da quelle pericolose ed eliminare il « radicalismo » talvolta sconcertante ed inutile nel trattamento delle lesioni dentarie. S. MINZ.

SISTEMA NERVOSO

Etiologia generale dell'epilessia comune.

(J. ABADIE. *Revue Neurologique*, ott. 1935).

L'etiologia generale dell'epilessia comune, nella sua forma più frequente, detta epilessia essenziale, morbo sacro, male comiziale, ha subìto negli ultimi cinquant'anni una profonda revisione.

L'opinione che questa forma fosse una malattia autonoma, una neurosi da causa ignota, senza lesione permanente dei centri nervosi, non è più generalmente accettata. L'epilessia non è più una neurosi, ma una manifestazione di lesioni dei centri nervosi, non è più un male ereditario, ma un'affezione acquisita. La dottrina di un'epilessia idiopatica opposta alle epilessie sintomatiche è ormai abbandonata.

Uno dei fatti che ha concorso a tale modificazione di opinioni è costituito dalla revisione di alcuni dati circa l'ereditarietà dell'epilessia, che prima era ammessa quasi come un dogma indiscutibile. Sulla scorta di statistiche ben documentate è stato dimostrato che l'eredità similare dell'epilessia, diretta o indiretta, è eccezionale. L'epilessia comune non è nè costituzionale, nè innata, ma è personale ed acquisita, è l'espressione di una lesione organica del sistema nervoso verificatasi nel corso della vita.

Le cause più frequenti di queste lesioni encefaliche sono i traumi ostetrici, i traumi cranio-cerebrali dell'infanzia, le tossi-infezioni infantili.

I traumi ostetrici, tutti gli accidenti che si verificano nel corso del parto e che riguardano sopra tutto l'estremità cefalica (applicazione di forcipe, ferite dirette del cervello o delle meningi), occupano il primo posto in questa etiologia. La medesima importanza hanno i traumi interni, i disturbi della circolazione sanguigna dell'encefalo da compressione dei vasi cervicali, le lesioni emorragiche cerebrali o meningee, e sopra tutto l'asfissia del neonato, a seguito della quale si producono suffusioni sanguigne sulla superficie o nella massa del cervello. Tutti questi accidenti ostetrici possono provocare lesioni più o meno grossolane, limitate o diffuse, ma persistenti del tessuto nervoso e particolarmente della nevroglia. L'esistenza di questi accidenti ostetrici può essere rivelata dall'interrogatorio dei genitori e dare così la spiegazione di un gran numero di casi di epilessia iniziatasi nell'infanzia.

I traumi cranio-cerebrali, come è di comune osservazione, sono molto frequenti nei bambini e specie nei lattanti. Anche quando sono moderati questi traumi possono produrre danni lesionali serî a causa della delicatezza dei tessuti contusi. Spesso i sintomi traumatici immediati sono leggeri e di breve durata e possono passare anche inosservati o essere dimenticati. Ma possono seguire lesioni più o meno estese e persistenti, che evolvono insidiosamente fino a che la costituzione del tessuto cicatriziale fa in seguito scoppiare un'epilessia in condizioni del tutto paragonabili a quelle che producono l'epilessia traumatica negli adulti.

Le tossi-infezioni infantili hanno una parte non meno importante nell'etiologia dell'epilessia comune. Esse possono provocare una lesione cerebro-meningea, la quale immediatamente non dà sintomi rilevanti, mentre a distanza di tempo più o meno lungo provoca l'epilessia.

Tra le infezioni dell'infanzia merita una menzione speciale la sifilide ereditaria, la quale deve essere considerata come un fattore e-

tiologico certo e relativamente frequente dell'epilessia, sia perchè determina direttamente lesioni specifiche cerebrali, sia perchè facilita gli accidenti del parto. È stato accertato che l'eredo-sifilide è causa di convulsioni infantili nel 30-50 % dei casi. Una tale frequenza è stata confermata anche dal criterio terapeutico, perchè sì fatti disturbi nella quasi totalità dei casi cedono al trattamento specifico. Da ciò la necessità di procedere in ogni caso di convulsioni infantili ad esami sistematici per svelare l'eventuale esistenza dell'eredo-sifilide.

Un altro fattore etiologico importante è l'alcoolismo dei procreatori: l'ubbriachezza del padre al momento della concezione, l'alcoolismo cronico dei genitori, l'alcoolizzazione della madre durante la gravidanza. In effetti l'epilessia s'incontra nella discendenza degli alcoolizzati nella proporzione del 15-35 %, e l'alcoolismo s'incontra negli ascendenti degli epilettici nella proporzione 40-70 %.

Ma nello stabilire l'eventuale rapporto tra alcoolismo dei genitori ed epilessia dei figli conviene tenere presente che oltre l'azione diretta dell'alcool sulle glandule genitali dei procreatori o sul prodotto della gestazione, entrano in giuoco altri fattori: lesioni nervose sopravvenute in occasione di accidenti distocici così frequenti nelle famiglie di alcoolisti, d'infezioni anch'esse frequenti nelle stesse famiglie e che hanno più influenza sul sistema nervoso in quanto questo è originariamente tarato.

Dalle fatte considerazioni si deduce lo stretto rapporto fra le convulsioni infantili e l'epilessia comune. Le prime possono essere un fenomeno precursore dell'epilessia, possono essere l'esponente della lesione iniziale che determinerà più tardi la ragione anatomica dell'epilessia.

Ma non tutti i bambini eclamptici sono destinati a diventare epilettici. I segni più importanti che possono fare temere un'ulteriore evoluzione in tal senso sono:

1. La comparsa di convulsioni nelle prime ore o nei primi giorni della vita, convulsioni isolate o raggruppate in istato di male convulsivo, fatti che indicano già l'esistenza di lesioni fetali o di accidenti ostetrici, dai quali potrà risultare un'encefalopatia cronica la cui gravità si mostra già certa;

2. La comparsa di convulsioni nel corso o durante la convalescenza di un'affezione acuta dell'infanzia, sopratutto infettiva, indicante la lesione organica del cervello o delle sue membrane, suscettibili di lasciare una cicatrice irritante:

3. La comparsa di convulsioni in bambini in apparente stato di salute, fatto che indica la possibilità di lesioni encefaliche ad inizio e decorso insidioso ma già costituite.

Per tutte le convulsioni, qualunque ne sia la causa apparente, e qualunque sia l'età del bambino colpito i seguenti caratteri sono da considerarsi di cattivo significato: violenza, frequenza e persistenza delle convulsioni, loro unilateralità e comparsa tardiva della bilateralità.

Talvolta si aggiungono sintomi esponenti dell'affezione encefalitica acuta (segni meningei, segni piramidali, fenomeni paralitici, disturbi della parola) che hanno importanza ancora maggiore delle convulsioni. Bisogna d'altra parte temere il verificarsi, dopo le convulsioni di altri disturbi nervosi come il ritardo del cammino e della parola e l'arresto di sviluppo mentale.

Oltre questi di *possibilità* vi sono altri *segni di probabilità* che fanno prevedere la trasformazione in epilessia vera:

1. La comparsa di convulsioni per la prima volta in un'età relativamente avanzata, al di là di 3-5 anni, sopra tutto in mancanza di ogni causa immediata grave;

2. La ricomparsa di convulsioni alla stessa età avanzata in un ragazzo già convulsionario dopo un lungo periodo di accalmia;

3. Il ritorno di convulsioni, sotto forma recidivante, a intervalli più o meno regolari, senza cause apprezzabili;

4. Il ritorno di convulsioni durante il sonno;

5. L'esistenza e la ripetizione di prodromi (motori, sensitivi o psichici) alle convulsioni recidive identici a quelli delle prime convulsioni;

6. L'esistenza di disturbi mentali varî: arresto di sviluppo intellettuale, instabilità psichica o psicomotoria continua o parossistica, emotività eccessiva con accessi spasmodici di riso o di pianto ingiustificato, turbolenza, irritabilità, collera esplosiva, indisciplina, terrori notturni, irascibilità permanente con crisi di assenza di coscienza, impulsioni violente, accessi brevi di depressione o di eccitazione, ecc.

I *segni di certezza* dell'epilessia confermata consistono nella comparsa, o nel ritorno a più o meno brevi intervalli di fatti convulsivi o di equivalenti epilettici (assenze, vertigini, accessi di spasmo nutans, crisi statiche, ecc.).

L'accertamento dei fatti che consentono di presumere con più o meno attendibilità la natura epilettica dei disturbi convulsivi che si verificano nelle prime infanzie ha non solo un interesse teorico in relazione alle conoscenze dell'etiologia generale del male, ma anche un'importanza pratica in quanto consente la diagnosi precoce dell'affezione e quindi la terapia e l'igiene appropriata in tempo utile, in modo da evitare la trasformazione epilettica dei disturbi stessi o quanto meno renderla meno grave. DR.

Il trattamento della meningite.

(G. RIDDOCH. *British Medical Journal*, 2 novembre 1935).

Tutte le forme di meningite acuta richiedono un trattamento generale pressochè

uguale. Il paziente deve essere lasciato assolutamente tranquillo, in un ambiente oscuro, protetto dai rumori, assistito con delicatezza. Non deve ricevere visite. La dieta deve essere liquida ma nutriente: se l'infermo non può inghiottire deve essere alimentato con la sonda nasale. La cefalea va combattuta con la borsa di ghiaccio sul capo, con gli antinevralgici (aspirina, piramidone, ecc.) ed eventualmente con la puntura lombare. Per l'agitazione e l'insonnia giovano, specie se la febbre è alta, le spugnature di acqua tiepida, oppure i sedativi come i bromuri, il cloralio e nei casi gravi le iniezioni di morfina. Deve essere sorvegliato lo svuotamento della vescica.

La *meningite piogenica acuta* da strepto-, stafilo- e pneumococchi può seguire a stati setticemici, a focolai extracranici come la polmonite, l'empiema, l'osteomielite, oppure all'eresipela del cuoio capelluto, a ferite penetranti del capo, a fratture del cranio con lacerazione delle meningi o a rottura di un ascesso cerebrale. Ma l'origine più comune dell'infezione è un'infiammazione dell'orecchio, delle mastoidi o dei seni frontali.

In tali casi si deve innanzi tutto curare il focolaio primitivo dell'infezione. La meningite pneumococcica è di solito letale qualunque ne sia l'origine. Mentre nelle forme strepto- e stafilococciche secondarie a sinusiti o a mastoiditi si può avere la guarigione se si assicura l'adatto drenaggio e se l'infezione intracranica non è molto estesa, il che può essere documentato dall'assenza o dalla scarsezza dei microrganismi nel liquor. La rachicentesi piuttosto abbondante deve essere praticata almeno una volta al giorno. La sieroterapia è di dubbia efficacia e qualche volta dannosa, mentre l'urotropina è di effetto incontestabile.

La *meningite meningococcica* si giova notevolmente della cura specifica. Ma perchè questa possa essere intrapresa occorre stabilire sicuramente la diagnosi. Al riguardo nulla è più utile della puntura lombare. Questa nella meningite cerebro-spinale epidemica dà un liquor iperteso e torbido. Tuttavia nei casi fulminanti con eruzione purpurica e rapido sviluppo di stupore e coma, la pressione può essere normale ed il liquor limpido. Ad ogni modo si fa la cura del liquor e s'identifica il tipo di meningococco (di cui sono riconosciuti quattro ceppi). Per ogni tipo di meningococco si trova preparato un siero. Tuttavia si può adoperare il siero o l'antitossina polivalente.

Se c'è un'eruzione cutanea, che è sintoma sicuro di meningite meningoccica, fin dal primo giorno si praticheranno iniezioni intramuscolari o endovenose di 200 cmc. di siero o di 20,000-30,000 unità di antitossina diluite in 120-200 di soluzione fisiologica normale o con l'aggiunta del 10 % di glucosio. Le iniezioni devono essere ripetute quotidianamente per 2-3 giorni o fino a quando le emoculture risultano negative. In caso di sensibilizzazione per il siero se ne fa la prova intradermica. Se questa risulta positiva (sviluppo di orticaria sul punto d'iniezione in capo ad un'ora) si ottiene la desensibilizzazione con l'iniezione sottocutanea preliminare di 1 cmc. di siero.

Il siero può essere iniettato anche per via intrarachidea. Al riguardo va rilevato che la puntura lombare va praticata non solo a scopo diagnostico ma anche curativo. Deve essere praticata due volte al giorno nei casi gravi ed una in quelli leggeri. Si deve far defluire quanto più liquor è possibile raccogliendolo in un tubo sterile, e quindi s'inietta siero o antitossina nella quantità di 5 cmc. di meno del liquor estratto.

Queste iniezioni vanno ripetute fino a che il liquor ritorna sterile, il che di solito avviene dopo pochi giorni. Va rilevato che il siero è un irritante meningeo, e quindi dopo l'iniezione si può constatare un aumento delle cellule nel liquor ed un'accentuazione della rigidità e dell'agitazione. Tali reazioni però non hanno un significato prognostico sfavorevole.

La iniezione intrarachidea nella grande maggioranza dei casi dà risultati molto soddisfacenti. Solo nei casi gravi fulminanti con rapido sviluppo di stupore, e nei casi non gravi nei quali il liquor malgrado le cure non ritorna sterile dopo una settimana, nei quali la rigidità nucale si accentua sempre più o quando il liquor che defluisce dalla puntura diventa molto scarso si può ricorrere al drenaggio lombare ed alla simultanea iniezione di siero negli spazî subaracnoidei a mezzo della puntura ventricolare o cisternale.

La puntura ventricolare nei bambini si pratica facilmente immergendo un ago di medio calibro e di acciaio nella parte laterale della fontanella anteriore. Si fa uscire quanto più è possibile di liquor e quindi si inietta siero o antitossina nella quantità di cinque cmc. di meno del liquor fuoriuscito.

Negli adulti è preferibile aggredire la zona a circa 2 cm. sopra la linea superiore dell'osso occipitale e a 2 cm. e mezzo dalla linea mediana. S'incide la pelle e si fa nell'osso un piccolo foro con un trapano. Attraverso questo foro s'introduce l'ago che è spinto leggermente in avanti in linea orizzontale ed un po' verso l'esterno in modo che penetri nel corno posteriore o nel vestibolo del ventricolo. Quindi si fa inclinare la testa indietro in modo da favorire il deflusso del liquor. Il siero si inietta nel modo già detto.

La puntura della cisterna magna si pratica nel modo seguente. Il paziente è posto in decubito laterale ed un assistente tiene ferma la testa in leggera flessione sulla linea mediana. L'operatore tiene il polpastrello dell'indice sul processo spinoso dell'axis e infigge l'ago, bene affilato, immediatamente al di sopra di questo punto. L'ago deve essere spinto leggermente in avanti ed in alto verso l'osso occipitale im-

mediatamente dietro il *foramen magnum*. Raggiunto l'osso l'ago viene leggermente ritirato ed inclinato alquanto con la punta in basso. Si punge quindi il legamento occipito-atlantoideo la cui resistenza è facilmente apprezzabile. Si fa colare il liquor e quindi si inietta siero con il solito sistema.

L'anestesia per la puntura ventricolare e cisternale si pratica con iniezioni locali di novocaina all'1 % o con polverizzazioni di cloruro di etile.

Ambo le punture devono essere immediatamente procedute o seguite dalla rachicentesi per favorire la diffusione del siero iniettato.

La *meningite asettica acuta* è caratterizzata da un inizio acuto senza sintomi prodromici e senza segni di infezione locale o generale. Il liquor è iperteso, e può essere limpido o torbido e solo eccezionalmente purulento. Contiene eccesso di cellule dapprima polimorfonucleari e poi linfociti. L'albumina e la globulina sono aumentate. La guarigione completa si ha dopo 2 o 3 settimane. La cura consiste esclusivamente nella rachicentesi quotidiana o a giorni alterni.

Nella meningite tubercolare il trattamento è sintomatico: puntura lombare per alleviare la cefalea e sedativi per calmare l'agitazione.

DR.

TISIOLOGIA.

La crisi emoclasica da rifornimento e la crisi emoclasica da tubercolina in corso di pneumoterapia nella tubercolosi polmonare.

(G. PENNETTI. *Archivio di Patologia e Clinica Medica*, novembre 1935).

Piuttosto scarse sono le ricerche che riguardano le modificazioni immediate e tardive degli elementi figurati del sangue in seguito a pneumotorace artificiale.

Avezzù e Boggian hanno riscontrato in seguito ad ogni rifornimento, diminuzione della pressione arteriosa e spiccata leucopenia, con inversione della formula leucocitaria e tendenza alla mononucleosi con eosinofilia. Essi hanno identificato tale fenomeno con quello scoperto dal D'Amato consistente in una crisi emoclasica specifica in seguito ad iniezioni di tubercolina negli ammalati di tubercolosi: crisi emoclasica che manca, invece, nei soggetti sani o affetti da malattie non tubercolari.

Ricerche sull'argomento sono state eseguite da altri AA., ma esse sono tra loro contradittorie. Perciò il nostro A. ha ritenuto opportuno riprendere questo studio. La tecnica da lui usata è la seguente: conta dei globuli bianchi con la camera di Thoma-Zeiss e colorazione degli strisci di sangue con May-Grunwald-Giemsa. Le conte e gli strisci venivano fatti nei pazienti a digiuno, prima del rifornimento pneumotoracico (aria filtrata) ed a vari intervalli da questo. Nella casistica (sedici soggetti) ha compreso individui che non avevano ancora iniziata la cura pneumotoracica e soggetti portatori già da tempo di pneumotorace. Inoltre per ciascun malato ha indagato il comportamento della prova emoclasica del D'Amato. Negli esperimenti è stata adoperata la tubercolina priva di albumose (A.F.T.).

Ecco i risultati delle ricerche dell'A.: in tredici casi di tbc. polmonare sottoposti a pneumoterapia, egli ha avuto cospicua leucopenia, in seguito ad ogni rifornimento di aria filtrata, sia in soggetti giammai trattati, che in quelli in trattamento da lunghissimo tempo. Solo in tre casi invece della leucopenia, ha osservato una leucocitosi di discreta entità.

Per indagare il significato da attribuire alla leucopenia da rifornimento, l'A. ha studiato l'effetto dei rifornimenti d'aria in animali normali (cani e conigli). Dagli esperimenti eseguiti è risultato che l'introduzione di aria nel cavo pleurico dei cani e dei conigli, determina una leucopenia di notevole entità. Questi fatti parlerebbero contro l'opinione che la leucopenia da rifornimento abbia una natura specifica.

L'A. ha proseguito le sue indagini e in altro gruppo di tubercolotici sottoposti a cura pneumotoracica, ha studiato le eventuali modificazioni dell'indice refrattometrico e del tempo di coagulazione del sangue, prima e dopo 30' dal rifornimento. I risultati ottenuti sono stati negativi e questa è una prova di più che lo choc da rifornimento non può essere identificato a quello consecutivo ad iniezione di tubercolina.

Come va dunque interpretata — si chiede l'A. — la leucopenia post-pneumotoracica? Egli propende per l'ipotesi che l'immissione dell'aria nel cavo pleurico. lo scollamento del polmone, l'equilibrio respiratorio e numerosi altri fattori noti ed ignoti, diano per via nervosa modificazioni molteplici fra le quali costante e bene apprezzabile la leucopenia. Comunque egli, anche non escludendo del tutto la probabilità di uno choc emoclasico, rifiuta l'idea che l'agente provocatore possa essere la tubercolina, spremuta dal polmone collassato.

Riguardo infine alla crisi emoclasica da iniezione di tubercolina è del parere che non può essere assunto come criterio sufficiente per la sospensione del pneumotorace terapeutico: infatti ha osservato dei casi clinicamente e radiologicamente guariti, i quali durante tutto il trattamento pneumotoracico hanno mantenuta positiva la reazione emoclasica, che è rimasta tale anche dopo la riespansione del polmone.

VICENTINI.

DIVAGAZIONI

La cura della gonorrea e della "presbiopia accidentale„ secondo Marat.

(T. OLIARO. *Minerva Medica*, 25 agosto 1935).

L'A. tratta in questo articolo di Jean-Paul Marat urologo ed oculista, riferendosi a due sue pubblicazioni terapeutiche sulle suddette specialità.

Il 30 giugno 1775 l'Università di S. Andrea di Scozia conferiva a Marat il titolo di Dottore in medicina e nello stesso anno egli pubblicava il suo « Saggio sulla blenorrea, nel quale sono illustrati i difetti dell'attuale metodo di cura per questa malattia dell'uretra ed è indicata una cura efficace ». Tale memoria era scritta in lingua inglese e perciò l'A. cominciò la sua esposizione col chiedere venia al lettore se troverà errori di lingua essendo egli non sufficientemente versato nella lingua inglese; soggiunge però che l'eleganza dello stile ha scarsa importanza in paragone alla salute umana.

Interessante è la dedica alla « Rispettabile Società dei Chirurgi di Londra ». In essa Marat lamenta che la cura delle malattie veneree sia fatta dai chirurgi, trattandosi di malattie che solo di rado richiedono operazioni chirurgiche. Continua manifestando il suo desiderio di soccorrere tutti i malati e la sua intenzione di diffondere, a mezzo della Società di Chirurgia di Londra, il frutto del suo lavoro.

La cura della gonorrea da lui proposta consiste in modificazioni alla terapia ideata e praticata da Jacques Daran a mezzo di candelette uretrali.

Secondo Marat il medico deve anzitutto esaminare accuratamente l'uretra introducendovi una candeletta di cera bianca, resa flessibile con un po' di trementina e ricoperta di mucillaggine di altea e constatando con precisione in quali punti il p. accusa dolori. Successivamente a mezzo di altra candeletta si porterà a contatto delle parti malate l'impiastro suppurativo (diachilum cum gummis), ripetendo l'operazione per un tempo proporzionato alla gravità della malattia. Occorre in seguito fondere gli orli callosi delle ulcere e ciò si ottiene per mezzo di iniezioni di una debole soluzione di sale ammoniaco in acqua. Nello stesso tempo si fa uso di un agente suppurativo più debole, il cosidetto « onguent de la Mer ».

Marat infine completava la cura con altre candelette suppurative a base di litargirio d'oro, olio di oliva, cera gialla e trementina, rese sempre meno suppurative con l'aggiunta di gocce di balsamo del Perù.

L'autore della Memoria conclude che dieci anni di successo costante erano garanzia sufficiente a convincere dell'efficacia della cura, cosicchè egli poteva offrirla con fiducia ai medici intelligenti lusingandosi che chiunque la avesse adottata ne sarebbe stato soddisfatto.

***

Nel volume XX della « Raccolta di opuscoli fisico-medici » (Firenze, 1778) sono contenute due lettere di Jean-Paul Marat, dottor di Medicina e Medico delle Guardie del R. Conte di Artois, dirette al dottor Targioni di Firenze.

Nella prima di esse Marat ricorda che « fra le diverse malattie d'occhi ve ne è una finora poco conosciuta e sempre confusa con la gotta serena »; egli è stato il primo a farla conoscere per mezzo di un opuscolo pubblicato a Londra alcuni anni prima intitolato: « An Enquiry into the nature, cause and cure of a singular disease of the eyes ». Tale opuscolo fu lungamente ricercato dai bibliofili ma inutilmente; fu Morse Stephens che nel 1882 riuscì a trovarne un esemplare unico finora, nella biblioteca della Società Reale di Medicina e Chirurgia di Londra. Nel 1891 il dott. Georges Pilotelie ne pubblicò una traduzione in francese.

Il nostro A. ha confrontato questa traduzione con l'originale inglese e con le due lettere di Marat ed ha constatato che in queste ultime è contenuto, sia pure succintamente, quanto è stato scritto nell'opuscolo inglese e nella traduzione francese.

Nella prima lettera Marat si occupa della sintomatologia ed etiologia di questa malattia « alla quale non è stato per anco assegnato un nome » e che è sempre una « funesta conseguenza di mercurio male somministrato ». I sali mercuriali portati nei vasi capillari dei muscoli dell'occhio li irritano; donde la tensione, il calore e il dolore ottuso che si fa sentire negli occhi di questi malati. Il toccamento della cornea provoca una sensazione dolorosa e gli oggetti vengono veduti imperfettamente e solo ad una determinata distanza.

Nella seconda lettera viene trattata la cura della malattia. Tre sono le indicazioni curative: « rilassare le parti affette, disostruirle, e rendere ad esse la necessaria elasticità ». Per soddisfare alla prima indicazione il p. deve stare ad una dieta rigorosa, « scansare il freddo, l'esercizio del corpo forzato, le passioni violenti ». « Sarà poi cominciata la cura con un piccolo salasso dal piede, ogni otto giorni, la somministrazione quotidiana di polpa di cassia e poi suffumigi antispasmodici per mezzo di adatto strumento. Una volta che la vista avrà cominciato a ristabilirsi si ricorrerà alla elettrizzazione fatta secondo un sistema indicato dall'autore dott. Marat; per mezzo di essa si otterrà il ristabilimento della vista nel suo primiero stato; alla residua debolezza di vista si rimedierà con frequenti lavande di acqua fresca ».

Ciò che è veramente interessante nell'opuscolo di Marat è l'applicazione dell'elettricità in terapia oculistica. Egli doveva avere una conoscenza particolare della fisica specie dell'ottica e della elettricità, come attestano altre opere da lui scritte: « Decouvertes sur le feu,

l'électricité et la lumière » e le altre: « Recherches physiques sur l'électricité » e « Mémoire sur l'électricité médicale ». Questa ultima opera fu premiata con medaglia d'oro dall'Accademia di Rouen.

Grande fu il successo professionale di Marat: le sue visite gli venivano pagate non meno di un luigi, ed egli non trovava tempo nella giornata ad accontentare tutti i clienti.

Se tale successo fu certamente in gran parte dovuto alla carica di Medico delle Guardie, ad esso contribuirono senza dubbio pure le sue qualità personali, la sua cultura profonda ed il valore scientifico non comune.

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

D. PAULIAN. *Tumeurs de l'encéphale.* Editore Masson e C., Parigi. Prezzo Fr. 30,00.

I progressi della neuro-chirurgia hanno fatto notevolmente progredire le nostre conoscenze sulla sintomatologia dei tumori cerebrali, una sintomatologia che ora consente nella grande maggioranza dei casi una sicura diagnosi di sede e di natura.

Ma questa sicurezza diagnostica importa una rigorosa esattezza e perseveranza nel metodo di esame degli infermi.

Dallo studio accurato e prolungato di 40 casi l'A. ha dedotto conclusioni che rivoluzionano un po' la dottrina delle localizzazioni cerebrali, e che d'altra parte costituiscono utili nozioni fondamentali per coloro che affrontano il complesso studio delle neoplasie endocraniche.

DR.

J. P. L. DELAY. *Les astéréognosies.* Editore Masson e C., Parigi. Prezzo Fr. 65,00.

Questo grosso volume costituisce uno studio esauriente, una sintesi completa di tutti i lavori neurologici, fisiologici e psicologici finora comparsi sulle astereognosie.

La fisiologia e la patologia del tocco sono considerati sotto tutti i punti di vista, e sopra tutto al lume delle dottrine sugli analizzatori tattili del Pawlov e sulle sensazioni elementari di Head.

Si tratta di una pubblicazione di grande interesse non solo dottrinale, ma anche pratico in quanto tutto il libro è informato al concetto di trarre dalle nozioni teoriche ciò che può avere riferimento con la clinica.

DR.

R. BOURGEOIS. *Les hydrocéphales aiguës et subaiguës d'origine otique.* Editore Masson e C., Parigi. Prezzo Fr. 32.00.

È una monografia molto completa sull'anatomia patologica, sulla clinica, la patogenesi e la terapia degli idrocefali acuti e subacuti causati da otiti. Si tratta di accidenti d'ipertensione endocranica per lo più accompagnata da stasi papillare, dovuta ad accumulo locale o diffuso di liquido cefalo-rachidiano.

Queste crisi ipertensive di origine otitica hanno una fisionomia clinica particolare, per la quale si distinguono da quelle dipendenti da infezioni, da eccitazioni riflesse, da irritazione tossica o da traumi cefalici.

L'idrocefalo otitico può assumere tre forme: esterna corticale diffusa, interna o incistata ventricolare, localizzata alla fossa posteriore.

La trattazione, documentata da una larga casistica, è esauriente.

DR.

G. SALA. *Elementi di biomicroscopia oculare.* Vol. in-8°, di 206 pagg., con 88 fig. anche colorate. L. Cappelli, Bologna, 1935. Prezzo L. 50.

La biomicroscopia oculare rappresenta oggi il necessario completamento della coltura dell'oftalmologo. Con un'adatta illuminazione ed il microscopio binoculare, si mettono in rilievo numerose particolarità, si possono addirittura osservare le cellule dell'endotelio corneale vivente, la fine struttura dell'iride, ecc. Essa è pertanto di grande utilità per lo studio patologico e per la pratica, per cui è bene che sia conosciuta da chiunque si occupi della specialità.

Il libro del prof. Sala, docente alla Clinica di Palermo, è il primo che si pubblica in Italia su questo argomento e descrive chiaramente e col sussidio di molte figure ben dimostrative, le lesioni che la biomicroscopia oculare rivela nelle diverse parti dell'occhio, riportando anche numerose osservazioni personali. Esso mette anche in rilievo il notevole contributo degli italiani in materia ed è consigliabile per chi voglia addestrarsi in questo importante metodo di ricerca.

fil.

L. DE COSTRE. *L'orthodontie à base d'acier.* Vol. in-8°, di 204 pagg., 107 fig. Masson et C.ie, Paris, 1935. Prezzo 30 fr.

Per molto tempo il trattamento ortodontico era inaccessibile alla maggioranza, anzitutto a causa dell'inefficacia dei metodi e per una sorta di ermetismo artistico che ne circondava la pratica; mancavano scuole adatte ed insegnamenti efficaci. Inoltre, era necessario un apparecchio di platino iridiato e con palladio od oro, di costo molto elevato e di maneggiamento delicato.

Perchè l'ortodontia possa essere utile ad un pubblico sempre più esteso, è necessario usare un apparecchio semplice e costruito con un metallo che offra vantaggi meccanici e sia poco costoso, in modo che il prezzo del materiale non gravi in modo esagerato le spese generali del trattamento. Occorre un metallo

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

inalterabile, che permetta un lavoro rapido e perfetto.

L'A. ha per il primo tentato l'acciaio inossidabile e man mano numerosi pratici hanno incominciato a costruirne degli apparecchi. L'acciaio inossidabile possiede delle qualità notevoli per tale utilizzazione. La facilità con cui può lavorarsi, la sua resistenza alla corrosione ed all'ossidazione, le sue qualità di elasticità, la tolleranza dei tessuti al suo riguardo permettono la più larga applicazione.

Il libro tratta: le basi teoriche dell'ortodontia, la relativa tecnica metallurgica e meccanica e la terapia sistematica, che comprende la diagnosi e la tecnica operatoria. *fil.*

RADEMAKER G. G. J. *Réactions labyrinthiques et équilibre. L'ataxie labyrinthique.* Un vol. di 262 pag. con 124 fig. Masson, Paris, 1935. Prezzo 80 fr.

Non è agevole riassumere in poche linee il volume, ricco di esperienze e di concezioni personali, nel quale il prof. Rademaker di Leida espone l'infiuenza delle reazioni labirintiche sull'equilibrio.

Secondo l'A. nel meccanismo dell'equilibrio entrano per gran parte le reazioni labirintiche delle estremità, sì che ne deriva la necessità di studiare il labirinto e con eccitazioni fisiologiche come la caduta o la rotazione. In capitoli differenti ricchi di illustrazioni cinematografiche sono analizzate le reazioni degli arti ai movimenti di caduta ventrale o longitudinale di un animale, e le reazioni labirintiche secondarie a movimenti di rotazione attorno all'asse cranio-basale, bitemporale o fronto-occipitale (negli animali normali, scerebellati e slabirintati).

I dati di fisiologia sperimentale sono riportati alla Clinica umana, mediante una « prova di adattamento statico »; questa consiste nel far ruotare un letto (su cui è disteso il soggetto) su ciascun lato, in modo da realizzare la rotazione del paziente attorno al suo asse bitemporale e fronto occipitale. Nell'uomo normale, ai movimenti rapidi si ottengono reazioni di controestensione che assicurano l'equilibrio; esse sono anche presenti nei cerebellari e nei tabetici con funzione vestibolare indenne, mentre mancano nei malati con turbe labirintiche.

Chiude il volume un capitolo molto importante e denso d'interesse sull'atassia labirintica dopo labirintectomia uni- e bilaterale e sui rapporti fra reazioni labirintiche e cervelletto.

M. SILVAGNI.

Anales de la Clinica del Prof. ad. J. JOSÉ BERETERVIDE. Vol. in-8°, di 642 pagg., con molte fig. Hospital Fernandez (Buenos Aires).

I numerosi lavori che troviamo qui raccolti testimoniano la notevole attività del Riparto ospedaliero diretto dal prof. Beretervide; buona parte di essi è stata pubblicata in riviste scientifiche nel 1934. Ne citiamo alcuni. Atrofia olivo-ponto-cerebellare. Murmure idatideo polmonare. Il meccanismo della diuresi mercuriale. Un nuovo sale di emetina. L'aspetto tumorale della cortico-pleurite superficiale. Gli aspetti tumorali della tub. polm. Pleuriti mediastiniche posteriori, reumatiche e tubercolari. Alcuni lavori mettono in luce e valorizzano le qualità di acque minerali argentine. Un complesso di studi, osservazioni e ricerche, che fanno onore alla Scuola. *fil.*

K. TURBAN. *Lebenskampf.* In-8°, di 53 pagg. G. H. Thieme, Leipzig, 1935. Prezzo RM. 2,70.

Un giovane medico, che aveva incominciato a dedicarsi alla batteriologia, viene improvvisamente colto da un'emottisi. Nella fredda notte invernale, peregrina fra gli ospedali berlinesi, senza essere ammesso e finalmente viene accolto in una baracca di tisici, che passano la notte bestemmiando e bevendo acquavite. Dopo qualche tempo, quando fu in grado di viaggiare venne a curarsi nella nostra « Riviera »; quivi, per caso, si incontrò con un altro medico, che stava per fondare un sanatorio a Davos e gli si associa. La malattia ed il caso hanno così determinato la carriera di Turban, che fu uno dei più grandi tisiologi nel campo pratico e che fu uno dei primi a considerare la tubercolosi come malattia sociale. Era nato nel 1856 e morì nell'aprile di quest'anno. Quest'ultimo suo libro, scritto poco prima di morire, in cui egli ci racconta le vicende della sua vita, si legge con grande interesse, anche perchè vediamo in esso il cammino che hanno fatto le nostre conoscenze e le nostre idee sulla tubercolosi. Il Turban è stato anche un appassionato musicofilo. *fil.*

Ricordiamo la pubblicazione:

THOMAS LEWIS.

C. B. E., F. R. S., M. D., D. Sc., LL. D., F. R. C. P.

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI RICERCA CLINICA, UNIVERSITY COLLEGE, HOSPITAL DI LONDRA: MEMBRO DEL MEDICAL RESEARCH COUNCIL, CONSULENTE ONORARIO AL MINISTERO DELLE PENSIONI E MEDICO CONSULENTE AL CITY OF LONDON HOSPITAL; MEMBRO DELL'« UNIVERSITY COLLEGE » LONDRA.

LE MALATTIE DEL CUORE

per medici pratici

Traduzione Italiana dalla Edizione Inglese
a cura del Prof. **GIUSEPPE LAZZARO**
aiuto nell'Istituto di Semeiotica Medica della R. Univ. di Roma.
diretto dal Prof. **GIUSEPPE BASTIANELLI,**
ordinario di Semeiotica Medica nella R. Università di Roma.

Volume in-8° di pagine XX-256, con 45 illustrazioni nel testo. Prezzo: in brochure L. **45**, rilegato in tela L. **52** più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati al « Policlinico »: in brochure sole L. **40**; rilegato sole L. **47**, in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale succursale diciotto - Roma.

Accademie, Società Mediche, Congressi

XIV Congresso della Società Italiana di Urologia.

Il 26 ottobre nell'Archiginnasio di Bologna, alla presenza del Rettore dell'Università, del Preside della Facoltà di medicina, dei rappresentanti del Prefetto e del Regio Commissario del Comune, nonchè delle autorità mediche, civili e militari di Bologna, si è inaugurato il XIV Congresso della Società Italiana di Urologia con un discorso del presidente prof. Carlo Ravasini il quale, dopo aver ricordato i Colleghi che compiono il loro dovere in Africa Orientale, riferì sul lavoro svolto durante l'anno dal Comitato Permanente della Società.

Dopo la commemorazione dell'urologo Boleslao Motz, da parte del prof. Carmelo Bruni, il prof. Ermanno Mingazzini svolse la sua relazione raccogliendo unanimi approvazioni.

Cancerizzazione dell'adenoma prostatico.

Prof. Ermanno Mingazzini (Roma).

(*Conclusioni*).

L'O. sulla scorta del contributo personale (70 prostate), della letteratura e dei dati dei principali urologi del mondo, all'uopo interpellati, riferisce su circa 27.000 casi osservati di cui 11.000 operati.

La percentuale di adenomi degenerati in cancro, rispetto al numero totale è varia: da un massimo del 25 % fino ad un minimo dell'1 %, o, addirittura 0, perchè non manca qualche Autore che nega la possibilità di degenerazione maligna dell'adenoma; la media è dell'8,60 %.

Circa l'origine del carcinoma spesso esso nasce dalla capsula chirurgica, ossia dalla vera e propria prostata, come sostiene Chevassu ed altri, raramente si ha una cancerizzazione del solo adenoma restando indenne la prostata.

Nell'anamnesi dei malati non si trovano dati che permettano di formulare una diagnosi precoce; elementi di sospetto sono: i dolori spontanei o irradiati, la sproporzione fra residuo e disuria; dato capitale è la durezza e l'irregolarità più o meno accentuata della superficie della prostata. Altri dati meno probativi vengono forniti dall'esame cistouretroscopico e dalla cistouretrografia.

Circa l'efficacia della terapia di fronte alla degenerazione carcinomatosa si ha che l'unico intervento possibile è l'ectomia, o per via cistotomica o per via perineale. Sinora non si è avuto alcun risultato dalla Roentgenterapia. I risultati della cura con il radium sono ancora sub-iudice: alcuni asseriscono di aver osservato una completa scomparsa del tumore.

Accertata la diagnosi istologica la recidiva è sicura in oltre l'80 % dei casi.

Riportiamo adesso le conclusioni cui giunge l'O.:

1) La degenerazione cancerigna dell'adenoma prostatico esiste, ossia esistono casi nei quali l'anamnesi, il decorso clinico, l'intervento e la convalescenza si presentano e si svolgono come in un adenoma semplice e nel quale è solo l'esame microscopico ed eventualmente una recidiva che rivelano l'esistenza di un cancro.

2) Tale degenerazione è più rara di quanto non sia ammesso sinora: la media delle medie basate su di un numero cospicuo di casi è dell' 8 %.

3) Se si pone ben mente all'esame obbiettivo, che rimane ancora oggi l'elemento principe per una esatta diagnosi, la degenerazione non rappresenta che ancor più di rado un reperto istologico inatteso (2-4 %).

4) Il luogo di insorgenza della degenerazione non è sempre la prostata vera e propria (Geraghty), ma lo è assai spesso: però qualche volta (Chauvin), la glandola rimane indenne, mentre l'adenoma è sede di cancro.

5) Se la diagnosi istologica è certa, la recidiva è sicura almeno nell'80 % dei casi, mentre se essa si basa solo su dei criteri che son serviti ad alcuni per affermare, e ad altri per negare la degenerazione, la recidiva si manifesta nel 10 % solo dei casi.

6) Nei riguardi della cura i pareri sono discordi. Se la diagnosi è stata istituita sicura ante-operationem, solo pochi praticano la prostatectomia larga: i più lasciano stare o praticano nel momento della ritenzione completa cronica una cistotomia soprapubica. A vescica aperta a diagnosi non certa o non fatta, la condotta è stata diversa: *a)* asportazione dell'adenoma se riusciva facile; *b)* più spesso asportazione parziale; *c)* talora l'escissione cruenta delle masse ostruenti il deflusso urinario.

Nessun beneficio è stato mai ottenuto con la roentgenterapia.

Per quello che riguarda il radium esso è stato applicato per diverse vie: ma i suoi risultati non sono stati coronati da successo se non nelle mani di Darget, la cui esperienza autorizza a riprendere questo speciale tipo di terapia.

Comunicazioni e discussioni sul tema di Relazione.

Ascoli R. e Sturlese (Milano). — *Dati anatomici statistici e clinici sul carcinoma della prostata.* — Riferiscono su alcune ricerche eseguite nella Clinica Urologica di Milano vertenti sulla patogenesi, sui rapporti tra forma istologica e decorso clinico, sulle cosiddette atipie dell'epitelio prostatico. Parlano infine della vescicolografia nel carcinoma prostatico.

Bonanome A. L. (Roma). — *Sulla degenerazione cancerigna dell'ipertrofia prostatica.* — L'O. osserva come non vi sia dubbio sull'esistenza della cancerizzazione dell'ipertrofia prostatica, la quale è però piuttosto rara. Nei casi dubbi solo la biopsia permette di formulare la diagnosi, in molti altri casi la cancerizzazione è solo un reperto istologico.

L'O. riferisce poi su tre casi clinici di cancro della prostata operati: uno dei pazienti rivisto a 4 anni di distanza non presentava recidiva.

Baldieri G. e Flandrin (Milano). — *Degenerazione carcinomatosa dell'ipertrofia prostatica.* — Esaminando i dati semeiotici fisici che possano condurre alla diagnosi di degenerazione cancerigna dell'ipertrofia prostatica, gli OO. attribuiscono importanza, oltre che all'esame rettale, alla pollachiuria, disuria ed alla ritenzione, specialmente quando questa sia vicina ad un fatto di ematuria totale. Circa la cura gli OO. sostengono l'efficacia della radiumterapia con applicazione prolungata di piccole dosi.

Bruni C. (Napoli). — *Frequenza della degenerazione cancerigna della ipertrofia prostatica e*

diagnosi precoce del cancro della prostata. — L'O. constatando che le cifre della frequenza della cancerizzazione dell'adenoma prostatico variano entro limiti troppo vasti, ammette come più esatti i dati dello Chauvin che fissano il 4 %. Riporta due casi i quali presentavano evidenti metastasi ossee senza segni manifesti di degenerazione dell'adenoma. Circa la terapia, riferisce sul veleno di cobra, dal quale ha ottenuto solo azione analgesica, senza alcun risultato terapeutico.

Chauvin E. (Marsiglia). — *Frequenza della degenerazione cancerigna dell'ipertrofia prostatica.* — L'O. insiste su due punti capitali che a lui sembrano essenziali per distruggere la leggenda della degenerazione cancerigna dell'ipertrofia prostatica: 1) la rarità: su 115 prostate da lui estirpate solo 6 erano degenerate; 2) quando la degenerazione si inizia, si manifesta con dei segni precoci all'esplorazione rettale: i nuclei e l'indurimento. Una prostata che all'esame rettale sia liscia, omogenea, regolare, quasi certamente non è degenerata in carcinoma.

Colombino S. (Torino). — *Frequenza della degenerazione cancerigna dell'ipertrofia prostatica.* — Su 101 prostate asportate l'O. riscontrò solo tre casi di carcinoma: in due vi era coesistenza di adenoma, in un altro no. Su altre 110 prostate di cadaveri di individui superiori ai 50 anni ebbe i seguenti risultati: 34 normali, 73 adenomatose, 3 carcinomatose. Nei tre casi di cancro in due, uno diffuso ed uno circoscritto, non si trovò traccia di adenoma; nel terzo vi era coesistenza di adenoma, ma le due formazioni erano nettamente distinte. Conclude quindi che se clinicamente la degenerazione in cancro di un adenoma della prostata si osserva di rado, istologicamente non si trova mai, confermando così l'idea degli A. americani che le due lesioni siano assolutamente indipendenti l'una dall'altra.

Per la terapia ha eseguito delle applicazioni di radium sul collo vescicale attraverso una soprapubica che lasciava aperta per due anni, sia per controllo, che per una nuova applicazione. Risultato immediato ottimo, fino in alcuni casi alla scomparsa del tumore; sui risultati lontani l'O. non può ancora pronunziarsi.

Chiaudano C. (Torino). — *La vescicolografia nell'ipertrofia e nel cancro della prostata.* — L'O. presenta una serie di vescicolografie: mentre nell'ipertrofia non si hanno sensibili variazioni, nel cancro mette in evidenza due quadri vescicolografici che corrispondono a due stadi della malattia: 1) dilatazione vaso-vescicolare in cancri limitati, centrali, che coinvolgono gli ejaculatori; 2) spezzattamenti dell'ombra in casi più avanzati, con invasione delle vescichette seminali da parte del tumore.

De Gironcoli F. (Venezia). — *Esperienze personali sulla frequenza della degenerazione cancerigna dell'ipertrofia prostatica.* — L'O. comunica 33 casi da lui osservati di ipertrofia prostatica: in quattro di essi si trovò degenerazione cancerigna all'esame istologico, senza che si fosse potuta fare la diagnosi durante l'intervento: due dei pazienti rivisti a quattro anni di distanza non hanno presentato recidiva.

Heitz-Boyer (Parigi). — *Sulla frequenza della degenerazione cancerigna dell'ipertrofia prostatica.* — L'O. richiama l'attenzione sulla difficolta della diagnosi differenziale tra carcinoma ed infiammazioni neoformanti tra cui le peridiverticoliti e la malattia diverticolare della prostata: il trattamento dei diverticoli dirime la questione. Circa la terapia l'O. ritiene che il migliore intervento in casi di cancro della prostata sia l'ectomia per via perineale con il bisturi elettrico.

Lasio G. (Milano). — *Sulla possibilità di una diagnosi precoce del carcinoma della prostata e di una sua terapia.* — L'O. espone il risultato delle osservazioni personali: 1850 casi di adenoma contro 175 di cancro, di cui il 50 % carcinosi pura della prostata, 50 % carcinoma sviluppato insieme a tessuto adenomatoso. Circa la sintomatologia nota che il segno più frequente è la ritenzione cronica completa nel cancro, incompleta nell'adenoma, e ne dà la spiegazione anatomica. Circa gli esami strumentali nota che questi danno risultati positivi solo nei casi evidenti. Espone poi i risultati delle varie terapie, notando che la semplice epicistotomia basta ad assicurare al paziente alcuni anni di relativo benessere.

Pavone M. (Palermo). — *Sulla degenerazione cancerigna dell'ipertrofia prostatica.* — Riferisce su trenta casi di cancro della prostata: 14 chiaramente diagnosticati, 13 sospettati all'esame clinico: di essi 5 sono stati confermati all'atto operatorio ed all'esame istologico 3 si sono istologicamente rivelati come adenomi. Nei casi operati si ebbe costantemente la recidiva, di essi due soli sopravvivono. L'O. richiama l'attenzione sulla cura sintomatica con le iniezioni neurolitiche epidurali e pericervicali con alcool fenico novocainico.

Zito F. (Palermo). — *Due casi di neoplasma prostatico guariti chirurgicamente.* — L'O. riporta due casi clinici operati da oltre due anni che si possono considerare guariti, sia per la mancanza di recidiva, sia per le attuali ottime condizioni dei pazienti.

Comunicazioni sul rene.

Balderi G. e Flandrin (Milano). — *A proposito delle nefrectomie difficili: note di tecnica.* — Gli OO. presentano tre casi in cui è stata praticata con un unico tempo la nefrectomia sottocapsulare, espongono delle note di tecnica e danno le indicazioni sui casi in cui detta tecnica può venire adottata.

Balderi G. (Milano). — *A proposito di un raro caso di duplicità pielica bilaterale in un rene a ferro di cavallo.* — L'interesse del caso presentato è esclusivamente di ordine embriologico poichè è veramente raro trovare in un rene a ferro di cavallo due bacinetti con i propri calici, sia da un lato che dall'altro, collegati rispettivamente ad un solo uretere per parte.

Bonanome A. L. (Roma). — *Considerazioni su di un caso di tumore renale.* — L'O. riferisce su un caso clinico di tumore cistico in corrispondenza del polo superiore che diede luogo ad una serie di discussioni diagnostiche. All'intervento con taglio combinato si trovò un rene enorme aderentissimo al peritoneo. Guarigione facile.

Bonanome A. L. (Roma). — *Per la diagnosi di rene policistico.* — Riferisce su di una calcolosi renale destra in cui l'urografia dimostrò assenza di riempimento a destra, riempimento normale a

sinistra: entrambi i reni erano ingrossati. All'intervento si trovò un rene policistico a destra; durante l'intervento si ebbe rottura spontanea del peduncolo con emorragia venosa facilmente domata; l'arteria era piccolissima.

CIDDIO D. (Roma). — *Valore dell'urografia (pielografia discendente) nella idronefrosi da vasi anomali.* — L'O. riferisce su di un caso clinico ritraendone interessanti conclusioni.

GALLIZIA F. (Torino). — *Grave emorragia da ulcerazione del bacinetto: nefrectomia.* — L'O. riferisce su di un rene idronefrotico con scarsa suppurazione e con una profonda ulcerazione del bacinetto, interessante tutti gli strati della parete e persino la capsula adiposa.

Ritiene che l'origine sia analoga a quella delle ulcere gastriche e delle ulceri vescicali nelle cistiti croniche.

HEITZ-BOYER (Parigi). — *L'incisione ileo-lombo-costale.* — L'O. insiste sui vantaggi di questa tecnica da lui usata da anni e che presenta segnatamente quello di creare un grande spazio, ma altresì degli inconvenienti che le impediscono di generalizzarsi. Questa tecnica « a cielo scoperto » ha uno scopo chirurgico e pratico ed altresì uno scopo fisiologico che è quello di evitare qualsiasi manipolazione su di un rene malato.

MALTESE LE ROY C. (Padova). — *Contributo alla patogenesi delle piccole idronefrosi.* — L'O. riporta quattro casi da lui operati: in tutti la idronefrosi era dovuta a briglie connettivali che strozzavano l'uretere; l'intervento consistette nella liberazione del canale e nella reposizione alta del rene, ottenendo in tal modo la guarigione del malato. L'O. dimostra così l'origine meccanica delle idronefrosi.

NISIO G. (Bari). — *Pionefrosi in poppante.* — L'O. riferisce su di una voluminosa pionefrosi in poppante di circa 4 mesi, diagnosticata mercè la pielografia discendente eseguita con l'iniezione nella giugulare.

NISIO G. (Bari). — *Nefro-uretero litiasi multipla e bilaterale.* — Riporta un caso di litiasi bilaterale dei reni e degli ureteri sorprendentemente sopportata da uomo di 58 anni, sofferente già da 30. Si sofferma a discutere la difficoltà della cura di questi malati.

PAVONE M. (Palermo). — *L'assorbimento nelle idronefrosi chiuse.* — Secondo l'O. la secrezione renale nei casi in cui accidentalmente è stato legato un uretere persiste a lungo: il liquido determina una idronefrosi, poi viene in parte riassorbito, probabilmente mediante il meccanismo descritto nelle idronefrosi sperimentali per cui a lungo andare la sacca idronefrotica si restringe. l'O. conferma tale eventualità con alcuni casi clinici.

PAVONE M. (Palermo). — *L'assorbimento nel bacinetto renale.* — L'O. in base a ricerche sperimentali afferma che l'assorbimento nel bacinetto normale è quasi nullo, mentre in casi patologici è debole. L'assorbimento è invece possibile quando si ha un arresto del deflusso dell'urina e quindi aumento di pressione nel bacinetto: l'assorbimento non è mucoso, ma avviene attraverso piccole soluzioni di continuo che la tensione del bacinetto determina nell'unione fra calici e papille renali, ed altre che si formano nel connettivo interposto fra i calici e che si estende fino al connettivo sottocapsulare. Lungo il percorso il liquido penetra in circolo per via venosa o linfatica. L'O. non ha quasi mai constatato reflusso attraverso i tubi del Bellini, nè attraverso lacerazioni in pieno tessuto renale.

PISANI L. (Milano). — *Un caso di epitelioma primitivo ed inizialissimo del bacinetto renale.* — L'O. illustra un caso di tumore solido non papillare inizialissimo primitivo della pelvi che istologicamente si precisò per un cancro a tipo prevalentemente scirroso, con zone centrali a carattere di proliferazione attiva epiteliale polimorfa. La diagnosi fu fatta in base ai caratteri dell'ematuria a crisi intermittenti e fugacissime, e la constatazione di cellule atipiche nell'urina prelevata con cateterismo ureterale, e confermata dalla pielografia. Operato di nefro-ureterectomia subtotale il malato è guarito.

POTOTSCHNIG G. (Vicenza). — *Modalità di tecnica e trattamento post-operatorio delle nefrectomie per tubercolosi.* — All'O. appare opportuno nelle nefrectomie per tubercolosi eseguire l'exeresi completa in blocco del rene con la sua capsula adiposa e con la massa adiposa pararenale, procedendo poi alla chiusura completa. Nel periodo post-operatorio consiglia la roentgenterapia della loggia renale per agire sulle linfoglandole dell'ilo e sul connettivo retroperitoneale.

Espone i risultati di 54 casi così trattati.

PELLECCHIA E. (Napoli). — *Un caso di rene doppio a sinistra di cui il superiore sano l'inferiore pionefrotico. Nefrectomia. Guarigione.* — L'O. illustra un caso clinico di una rara anomalia del rene sinistro che era doppio, ognuno con una pelvi un peduncolo ed un uretere che sboccava indipendentemente in vescica. Ognuno dei due reni funzionava indipendentemente: il superiore era sano, l'inferiore pionefrotico. La diagnosi fu fatta, mediante la pielografia ascendente.

PERRUCCI A. (Bologna). — *Risultato lontano di una nefrectomia per rene policistico 12 anni dopo l'intervento.* — L'O. riferisce su di un inferma da lui operata nel 1924; rivista nell'agosto 1935 si constatò ingrossamento del rene supersiste a superficie irregolarmente bernoccoluta. Risultati degli esami funzionali soddisfacenti.

RIZZI R. (Milano). — *Rene sopranumerario e sue difficoltà diagnostiche.* — L'O. descrive un caso da lui operato interessante, oltre che per la rarità, anche per l'insieme delle complicazioni da cui era contemporaneamente affetto.

RIVA CRUGNOLA G. (Milano). — *Contributo sperimentale all'indagine radiologica nella tubercolosi renale.* — L'O. ha studiato radiologicamente con pielografia endovenosa 15 casi di tubercolosi renale iniziale senza rilevare alcuna alterazione radiografica.

RIVA CRUGNOLA G. (Milano). — *La pielografia discendente nei traumatismi delle vie urinarie superiori.* — L'O. ha studiato su 14 cani, nei quali erano stati prodotti diversi traumi delle vie urinarie superiori, il comportamento della pielografia endovenosa, rilevandone l'utilità perchè permette una diagnosi precoce e perchè le immagini offerte sono relativamente costanti e caratteristiche.

Rolando S. (Genova). — *Antrace renale bilaterale.* — L'O. riferisce su di un caso clinico nel quale mancavano i segni classici: presenza di elementi patologici nelle urine ed immobilità dell'emidiaframma. Esisteva solo leucocitosi con polinucleosi. Praticata l'ectomia da un lato e la resezione dall'altro si ebbe la guarigione.

Sorrentino M. (Napoli). — *Rene a ferro di cavallo policistico in feto mostruoso.* — L'O. illustra un caso di rene policistico in feto umano mostruoso con merocrania ed encefalocele. Coesistevano alterazioni strutturali del timo, tiroide, surreni, pancreas. Nell'etiologia lue materna.

Stoccada F. (Suzzara). — *Nefroma teratoide in rene unico.* — Dopo aver passato in rassegna 16 casi della letteratura l'O. illustra un caso in un bambino di otto anni, venuto a morte, concludendo col trarre interessanti deduzioni patogenetiche.

Comunicazioni sulla funzionalità renale.

Blasucci P. (Roma). — *Osservazioni spettrofotometriche sul pigmento urinario.* — L'O. espone un mezzo semplice da lui studiato per ottenere rapidamente e senza calcoli la curva tipica di qualsiasi colore: dimostrando poi che le sostanze coloranti delle urine sono numerose. Descrive le curve delle sostanze che intorbidano le urine.

Blasucci P. (Roma). — *Sulla curva di eliminazione renale dell'indaco-carminio.* — L'O. descrive un nuovo metodo spettrofotometrico per dissociare il colore dell'indaco carminio da quello del pigmento urinario. La curva di eliminazione con questo mezzo è identica a quella che egli ha già descritto per la ftaleina.

Ciddio D. (Roma). — *La funzione renale con l'urografimetro.* — L'O. dimostra un apparecchietto contenente tubi da saggio con diluizioni progressive di liquido radioopaco, che vengono radiografati unitamente a campioni di urina in esame. Con il confronto delle opacità può ottenersi una curva di eliminazione. Dagli esperimenti eseguiti l'O. conclude che tale prova collima con l'azotemia e l'eliminazione dell'indaco.

Comunicazioni sugli ureteri.

Ciddio D. (Roma). — *Sul reimpianto dell'uretere in vescica.* — L'O. in base ad alcuni esperimenti viene alla conclusione che la ureterocistoneostomia, attraverso uno stadio di idronefrosi aperta, conduca all'atrofia del rene.

Ciddio D. (Roma). — *La via reflua del contenuto pelvico nella ostruzione completa dell'uretere.* — Attraverso studi sperimentali l'O. ha osservato che il comportamento del reflusso pielovenoso è identico in tutti gli animali da esperimento: che nell'idronefrosi chiusa, se non interviene il fattore trauma, la secrezione renale si riassorbe per via tubulare, infine che, se interviene un trauma determinante la rottura della pelvi a livello del fornice dei calici, il contenuto pelvico ritorna in circolo per reflusso pielo-venoso e solo in minima parte per via tubulare.

Ciddio D. (Roma). — *Contributo allo studio della motilità del moncone ureterale dopo nefrectomia.* — L'O. ha notato che la peristalsi dei monconi dopo nefrectomia è assente; sotto stimolo si ha come nell'uretere normale, determinandosi contrazioni partenti dall'alto verso il basso e non immediatamente al di sotto del punto stimolato.

Testa G. (Torino). — *La dieresi del meato ureterale: tecnica ed indicazioni.* — L'O. espone la tecnica da lui usata in 24 casi di calcolosi dell'uretere ottenendo 21 guarigioni.

Comunicazioni sulla vescica.

Boretti C. (Torino). — *Resezione vescicale per adenoma della cupola.* — L'O. illustra un caso rarissimo di adenoma benigno da lui osservato, discutendone la patogenesi. Come cura indica la resezione a tutto spessore di parete, dato che tali tumori si estendono in profondità.

Migliardi L. (Torino). — *La resezione endoscopica nelle ostruzioni del collo vescicale.* — Sulla scorta di 12 operati l'O. afferma che nella stenosi larga del collo e nelle cicatrici del collo residue a prostatectomia la resezione endoscopica rappresenta l'intervento di scelta.

Pisani L. (Milano). — *La cistite incrostata.* — L'O. comunica a titolo preventivo i risultati di una terapia a base acidificante locale con lavande ed istillazioni di soluzione di acido fosforico 1 %.

Valdoni P. (Roma). — *La resezione del simpatico lombare nella cura delle discinesie del collo vescicale.* — L'O. illustra alcuni casi clinici.

Verardi M. (Napoli). — *Sulla elettrocoagulazione dei tumori in vescica.* — L'O. illustra un metodo personale con il quale si può aggredire sin dalla prima seduta il peduncolo del tumore anche se voluminoso.

Comunicazioni sulla prostata.

Balderi G. (Milano). — *La malattia diverticolare della prostata.* — L'O. presenta una serie di casi di infermi con lesioni ascessuali prostatiche, trattati con l'alta frequenza, accennando alla grande importanza della uretrografia e scopia.

Cilento M. (Napoli). — *Su alcuni casi di cancro della prostata.* — L'O. richiama l'attenzione su di una eccessiva sensibilità alla tolleranza del catetere a permanenza in 3 casi di adenoma degenerato in cancro, diagnosticato solo istologicamente: in tutti e tre si aveva invasione dei gruppi glandolari prostatici prossimiori all'uretra e collo vescicale senza infiltrazione sottomucosa dimostrabile con l'uretro-cistoscopia.

Heitz-Boyer (Parigi). — *A proposito della malattia diverticolare della prostata.* — L'O. richiama l'attenzione sulla necessità di una diagnosi uretrografica precisa eseguita con piccolo riempimento della vescica. Per l'intervento consiglia la via endoscopica con il metodo da lui descritto al Congresso della Soc. Francese di Urologia.

Comunicazioni sull'uretra.

Blasucci P. (Roma). — *Incontinenza vescicale da spina bifida guarita con trapianto muscolare alla Giordano.* — L'O. illustra un caso da lui operato e guarito col trapianto periuretrale del muscolo gracile, e ne descrive la tecnica.

De Gironcoli F. (Venezia). — *Stenosi uretrali impermeabili e cateterismo retrogrado.* — L'O. descrive una sua modificazione al metodo classico del cateterismo retrogrado; eseguita con buoni risultati.

NOVAK M. (Trieste). — *Le rotture dell'uretra, loro trattamento, considerazioni medico-legali.* — L'O. dopo aver trattato dell'eziopatogenesi delle rotture traumatiche dell'uretra, illustra sette casi di uretrectomia circolare secondo Marion. Espone i criteri del danno che consegue ad un infortunato per rottura dell'uretra, essendo di avviso che in parecchi casi si deve valutare non solo il danno attuale ma anche il potenziale.

PERRUCCI A. (Bologna). — *Risultati di una tunnelizzazione del tratto bulbo-vescicale dell'uretra distrutta ed atresica dopo prostatectomia ipogastrica.* — L'O. illustra un caso clinico di individuo che otto mesi dopo l'intervento orinava solo per la fistola soprapubica, nel quale praticò la tunnelizzazione dell'uretra servendosi di una beniqué ad estremità perforante; dopo successive dilatazioni l'infermo è perfettamente guarito.

Comunicazioni sui testicoli.

BONINO M. (Torino). — *Le malattie infettive e le lesioni traumatiche del testicolo: un nuovo metodo di indagine per la diagnosi differenziale.* — L'O. passata in rassegna la patologia del testicolo conclude che esistono casi di difficile diagnosi e propone pertanto un metodo particolare di microcoltura sullo sperma. In base alle sue ricerche trova che nel 60 % dei casi incerti col suo metodo si può stabilire o escludere la natura tubercolare della lesione.

GAROFALO F. (Bologna). — *La diagnosi precoce e schematica dei tumori del testicolo.* — L'O. ha applicato il metodo Chevassu della diagnosi schematica dei tumori del testicolo a cinque casi con ottimo risultato, non solo per la diagnosi di neoplasma, ma altresì per la presumibile differenziazione tra seminoma ed embrioma.

GAROFALO F. (Bologna). — *Neoplasma d'ambo i testicoli ritenuti nell'addome.* — L'O. riferisce su di un infermo di 31 anni nel quale furono asportati entrambi i testicoli che all'esame istologico si dimostrarono in preda a neoplasma tipo seminoma.

Comunicazioni su argomenti vari.

DE LUCA A. (Palermo). — *La dieta chetogena nelle affezioni da coli.* — L'O. ha sperimentato la dieta chetogena quale metodo di cura delle affezioni da coli delle vie urinarie, prima in casi nei quali si poteva escludere qualsiasi complicanza, poi in casi più complessi, venendo alla conclusione che dopo alcuni giorni di cura si ottiene un miglioramento nell'80 % dei casi semplici e circa nel 50 % di quelli che si accompagnavano ad altre complicanze.

DE SANCTIS MONALDI e ALMANSI R. (Roma). — *L'indice tirosinico del sangue umano normale.* — Premessa una esposizione dello stato attuale dell'argomento, gli OO. riferiscono sui valori dell'indice tirosinico in 50 persone normali, confermando le affermazioni di Goiffon sulla mancanza di significato clinico del piccolo aumento di detto indice durante la normale digestione.

DODERO G. (Torino). — *L'azione della joimbina sulle vescichette seminali isolate.* — L'O. ha sperimentato la joimbina su vescichette seminali isolate di cavia, osservando una azione eccitante diretta sulle vescichette stesse.

LASIO G. B. (Milano). — *L'anestesia peridurale segmentaria secondo Dogliotti in urologia.* — Espone brevemente la base anatomica del metodo ed i suoi risultati su cento casi di chirurgia renali, ottimi per la mancanza di accidenti gravi e per la nessuna influenza nociva che tale anestesia ha sulla funzione renale.

MALTESE LE ROJ C. (Padova). — *Esistono le ematurie essenziali?* — L'O. sulla scorta di un caso clinico di ematuria della quale non si riusciva a determinare la causa e che all'esame istologico di un frammento, prelevato durante l'intervento, risultò trattarsi di nefrite cronica interstiziale, cerca dimostrare che l'origine di ogni ematuria è una lesione renale.

MANTOVANI M. (Bologna). — *Perchè gli urinari infetti guariscono col metodo Besredka?* — L'O., constatati i brillanti risultati ottenuti negli urinari infetti colla vaccinoterapia per os col metodo Besredka, ha cercato con esito negativo nel vaccino la presenza di anticorpi.

OLIVIERI G. (Napoli). — *Influenza della azotemia e della cloruremia sul potere di coagulazione del sangue.* — In base a ricerche sperimentali l'O. conclude che, mentre l'azotemia fino all'1 per mille non ha influenza sul fenomeno della coagulazione, la cloremia ne ritarda la forza.

ONETO G. (Milano). — *Reperti ematologici nel carcinoma della prostata.* — Dall'esame comparato del sangue di individui affetti o da cancro o da adenoma della prostata non è scaturito alcun dato caratteristico suscettibile di applicazione pratica per la diagnosi differenziale.

PAVONE M. (Palermo). — *Alcalinizzazione o acidificazione delle urine nelle affezioni da coli?* — L'O. dall'esame dei risultati ottenuti con la dieta chetogena e con la dieta alcalinizzante nelle affezioni urinarie da coli crede poter desumere che l'efficacia dei metodi consiste principalmente nella difficoltà di adattamento del germe alle variazioni di reazione del mezzo, per cui si avrebbe una attenuazione della virulenza del coli. Propone perciò di alternare periodicamente e sistematicamente i due opposti sistemi con il che ha ottenuto una notevole percentuale di guarigioni cliniche e batteriologiche, più che con gli stessi metodi usati separatamente.

PERRUCCI A. (Bologna). — *Della utilità della autovaccinazione preventiva negli urinari.* — L'O. in base all'esperienza di cinque anni di autovaccinazione preventivi di tutti gli urinari infetti, e di quelli apparentemente non infetti, prima di operazioni chirurgiche o manovre endoscopiche, ritiene che detto metodo riesca di grande vantaggio per gli infermi ed esorta ad una maggiore diffusione del metodo stesso.

PIGNALOSA G. (Milano). — *La reazione di Ascoli nel carcinoma della prostata.* — L'O. in base alle sue osservazioni conclude che la reazione di Ascoli, pur essendo di notevole aiuto nella diagnosi differenziale tra adenoma e carcinoma della prostata, non è sufficiente da sola ad affermare la esistenza o meno di un cancro della prostata.

RIVA CRUGNOLA G. e SOSTEGNI A. (Milano). — *La bacilluria tubercolare ed il suo substrato anatomopatologico in animali precedentemente tubercolizzati.* — Gli OO. espongono i risultati ottenuti nei

riguardi della bacilluria tubercolare inoculando nell'arteria renale di cani diverse quantità di bacillo.

A sede del prossimo Congresso è stata fissata Trieste.

Il tema all'Ordine del Giorno è: « Diagnosi precoce della tbc. renale ».

Dott. ALBERTO OBERHOLTZER.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 27 novembre 1935.

Presidente: Prof. A. PENSA.

F. VACIRCA. — *Ricerche sulla infezione streptococcica sperimentale nel coniglio.*

Sulla terapia chirurgica del torcicollo muscolare congenito.

MAZZOCCO ANGELA. — L'O., vagliati i metodi noti per la terapia chirurgica del torcicollo muscolare congenito, riferisce di alcuni casi (di cui due inveterati) nei quali si ebbe esito ottimo dalla resezione dei capi prossimale e distale del muscolo, quest'ultimo pure praticato a cielo scoperto. Del metodo adottato espone i pregi anche in confronto della resezione prossimale dello sternocleidomastoideo associata a tenotomia sottocutanea dei capi distali.

Sulla eliminazione per via renale dei bacilli tubercolari nei bovini vaccinati col B. C. G.

C. SARTORI e G. BONEZZI. — Gli OO. con esperienze su quattro vitelle, tre delle quali vaccinate con B.C.G. e una di controllo, hanno potuto confermare che il B.C.G., nelle condizioni delle loro esperienze, immunizza le vitelle contro l'infezione tubercolare.

La ricerca della eliminazione per via renale dei bacilli tubercolari di infezione per mezzo della cultura su terreno di Löwenstein e della prova biologica sulla cavia, ha avuto esito negativo sia nelle vitelle vaccinate sia nella vitella di controllo non vaccinata.

Ugualmente negativa è stata la ricerca della bacillemia tubercolare.

Sulla presenza dei bacilli tubercolari nei liquidi pleurici.

B. FERRARI e G. BONEZZI. — Gli OO., prendendo in esame 32 casi di pleurite nell'adulto, hanno potuto isolare, mediante la cultura su terreno di Löwenstein, il bacillo di Koch in tutti i versamenti pleurici limpidi comparsi in corso di pneumotorace e nei versamenti purulenti metapneumotoracici di recente formazione. Nei versamenti pleurici purulenti metapneumotoracici di vecchia data ed in quattro, su cinque pleuriti primitive prese in esame, la ricerca culturale dei bacilli di Koch ha avuto esito negativo.

Sui rapporti tra il lobo anteriore dell'ipofisi e la costituzione del sangue. Nota preventiva.

A. SALAMI. — L'O. ha studiato nel coniglio l'azione dell'estratto preipofisario tireotropo sul quadro del sangue circolante. Ha osservato un aumento del numero degli elementi figurati sia negli animali normali che in quelli sperimentalmente anemizzati. Ritiene però che tali modificazioni non siano da attribuire ad un aumento dell'attività formativa del midollo.

Sul comportamento delle isole di Langerhans in diverse condizioni sperimentali.

P. FORNAROLI. — L'O. ha studiato il comportamento delle isole di Langerhans in animali (ratti, cavie, conigli) sottoposti all'azione di varie sostanze (ormoni ipofisari e tiroidei, insulina, adrenalina, glucosio, tossina difterica). Giunge alla conclusione moni ipofisari e tiroidei, insulina, adrenalina, glucosio, tossina difterica). Giunge alla conclusione che non è possibile mettere in evidenza nelle isole alcuna ben definita modificazione istologica e che la condizione di iper- o di ipofunzione sperimentalmente provocata non è istologicamente documentabile. Ha potuto osservare nelle isole di Langerhans degli animali venuti a morte o uccisi in stato di grave decadimento fenomeni regressivi cospicui a carico delle cellule cordonali caratterizzati da processi di picnosi nucleare e disfacimento protoplasmatico.

G. BENZONI. — *Ricerche sperimentali sui germi della tubercolosi aviaria e forme affini.*

Il Segretario.

Interessante Monografia:

Dott. ALDO LUISADA

Aiuto nella Clinica Medica della R. Università di Napoli

Le mediastino-pericarditi croniche

(Le forme adesive, callose e calcificate della regione mediastino-diaframmatiche)

Ne riportiamo in riassunto, l'**Indice**:

Introduzione. — Parte I. Premesse. CAP. I. Dati anatomici importanti nello studio delle forme adesive della regione mediastino-diaframmatica. - CAP. II. Statica e dinamica nei rapporti reciproci degli organi della regione mediastino-diaframmatica. - CAP. III. L'attività cardiaca e respiratoria normale attraverso le indagini di semeiotica fisica, grafica e radiologica. - CAP. IV. Modificazione dei principali dati semeiotici, grafici e radiologici nelle varie cardiopatie. — **Parte II. Le forme adesive, callose e calcificate della regione mediastino - diaframmatica.** - CAP. I. Inquadramento generale del problema: estensione, limitazione. - CAP. II. Tipi vari di scompenso e sindromi di « stasi ». - CAP. III. Alterazioni funzionali dei vari organi e in particolare del cuore, nelle forme adesive della regione mediastino-diaframmatica. - CAP. IV. Tentativi di riproduzione sperimentale del quadro anatomo-clinico delle mediastino-pericarditi. - CAP. V. Frequenza ed eziologia delle forme adesive, callose e calcificanti, del mediastino e del diaframma. - CAP. VI. Problemi anatomo patologici e varietà di lesioni nelle forme adesive del mediastino e del diaframma. - CAP. VII. Dati forniti dalle ricerche di semeiotica fisica e grafica nelle mediastino-pericarditi adesive. - CAP. VIII. Dati forniti dall'elettrocardiografia nelle forme adesive della regione mediastino-diaframmatica. - CAP. IX. Le forme adesive della regione mediastino-diaframmatica attraverso l'indagine radiologica. - CAP. X. Classificazione generale delle forme adesive, callose e calcificate della regione mediastino-diaframmatica (o mediastino-pericarditi in senso lato). - CAP. XI. Studio clinico delle varie forme. Diagnosi diretta e diagnosi differenziale. — **Appendice - Casistica della clinica.**

Volume di pagine 160 con 47 figure nel testo. Prezzo L. **20** più le spese postali di spedizione. Per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **18** in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI - Ufficio Postale succursale diciotto Roma.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Stanchezza ed ipoepatia.

Tra i sintomi dell'insufficienza epatica, sia lieve che grave, vi è la stanchezza, che va assumendo diversi gradi a seconda della maggiore o minore compromissione della funzionalità.

Nella forma lieve, si hanno più che altro dei parossismi, che si manifestano subdolamente, specialmente dopo i pasti, dopo il levarsi dal letto; il paziente non resiste al lavoro, è fiacco e si stanca facilmente. A tale sintoma, se ne aggiungono man mano degli altri: insonnia, emicrania, dimagramento, ed in seguito l'opsiuria, l'ittero, gli edemi, le emorragie delle mucose, ecc.

Ma nell'insufficienza lieve od iniziale, la stanchezza può essere il sintoma dominante, che non può esser messo in rapporto con la sofferenza epatica, tanto più che essa può manifestarsi anche prima, in un fegato che si avvia verso l'insufficienza. Viene messa in rapporto con l'immissione in circolo di prodotti tossici, specialmente biliari oppure con una minorata capacità del fegato a rispondere al consumo di energia, in modo da ristabilire l'equilibrio glicemico.

Ad ogni modo, la stanchezza, unita anche ad artralgie specialmente del ginocchio costituisce il fenomeno più importante che precede ogni altra lesione del fegato anche minima. Ha perciò grande importanza e va combattuta nella sua causa in modo da evitare le vera insufficienza.

Quindi, quando la stanchezza non può essere attribuita a fattori generali (infezioni, malattie, gravidanza) o locali (stitichezza, disturbi del tubo gastro-enterico) si pensi all'insufficienza epatica e si insista nell'osservazione ripetuta dal paziente, in modo da scoprire uno stato subitterico fugace nelle strie del Trousseau; fatto importante è il colore dell'urina, che si fa più marcato quando la si lascia in riposo.

Per la terapia, F. Falasca (*Rinascenza medica*, 15 ott. 1935) consiglia: il riposo, l'attivazione degli emuntori, la disinfezione del tubo gastro-enterico, l'uso di una dieta poco tossica, di piccole dosi di rabarbaro e di boldo, che costituisce il tonico per eccellenza del fegato. Utile, in qualche caso l'opoterapia.

fil.

Le lesioni viscerali della febbre melitense. L'epatite melitococcica

Come osserva R. Puig (*Soc. méd. hôpitaux*, 25 ott. 1935) la febbre melitense non va considerata soltanto come una « febbre ondulante sudoroalgica »; le lesioni viscerali sono particolarmente numerose e sono oggi conosciute meglio che un tempo. Le più rare sono le localizzazioni cardiache e circolatorie: poco toccato è altresì il rene, mentre invece sono ben note le manifestazioni polmonari e nervose. L'A. menziona inoltre, corredando il suo dire con due osservazioni, l'epatite che sarebbe fra le più frequenti.

Mentre la splenomegalia è un segno classico, l'epatite è meno rilevata almeno nelle forme banali. Essa, invece, ha notevole importanza e grande valore pronostico nelle forme gravi e mortali. Si può dire che l'aumento doloroso del volume del fegato fa presagire una melitense più grave che la forma banale. Le variazioni di volume di questo viscere seguono da vicino gli attacchi evolutivi della malattia.

Nei casi in cui il fegato sembra più fortemente toccato, si osservano delle complicazioni che sono generalmente messe in rapporto coll'insufficienza epatica (emorragie, edemi). Nelle due osservazioni riportate, le recrudescenze dell'infezione furono contrassegnate dalle seguenti manifestazioni: ripresa della febbre, attacco doloroso all'ipocondrio destro, comparsa o recrudescenza dei segni emorragici, di edemi o di attacchi ascitici. Invece, la milza subiva delle modificazioni incostanti e molto meno appariscenti.

Questo parallelismo delle manifestazioni cliniche, la conferma ottenuta mediante ricerche di laboratorio fanno richiamare l'attenzione sull'epatite melitococcica.

Quanto alla *terapia*, l'A. è molto scettico ed attribuisce i pretesi successi a coincidenze. I vaccini hanno almeno il vantaggio di essere generalmente inoffensivi. Gli arsenobenzoli, che sono vantati da taluno, hanno invece l'inconveniente di favorire gli incidenti emorragici e non impediscono la comparsa di serie complicazioni (fra cui anche una spondilite con ascesso bilaterale, nella casistica dell'A.).

fil.

Il dolore lombare destro nelle affezioni vescicolari.

J. Rachet e Ch. Rendu (*Arch. maladies app. digestif et mal. nutrition*, luglio 1935) segnalano un segno doloroso lombare che essi hanno trovato in tutti i malati vescicolari e che può rendere segnalati servigi nei casi dubbi.

Il dolore è provocato dalla palpazione e molto raramente il malato accusa un dolore spontaneo. Ha sede nella regione lombare destra e sempre sul margine esterno della massa sacrolombare. La sede in altezza varia secondo gli individui; generalmente si trova a circa tre dita trasverse sopra la cresta iliaca.

Va ricercato col malato in decubito dorsale (scompare spesso in posizione seduta), insinuando la mano sotto l'insellatura lombare, con le dita a piatto. Viene identificato soltanto con una pressione digitale forte. Si percorre con le dita riunite dall'alto al basso il margine

esterno della massa sacro-lombare e trovata approssimativamente la zona dolorosa, si identifica il *punto* con l'indice, che desta un dolore assai vivo e molto delimitato, in una zona di poco più di un centimetro.

Esso esiste in quasi tutti i casi in cui la diagnosi clinica e radiologica afferma l'affezione vescicolare. Non lo si trova, con le caratteristiche descritte in nessuna delle affezioni del quadrivio sottoepatico e nemmeno in altre affezioni epatiche. Scompare sistematicamente dopo la colecistectomia.

Esso sarebbe pertanto molto utile per la diagnosi positiva delle forme fruste od anomale delle colecistiti e per la diagnosi differenziale delle affezioni dolorose del quadrivio sottoepatico. *fil.*

Sul valore del sondaggio duodenale per la diagnosi di cisti d'echinococco aperta nelle vie biliari.

P. Moiroud e Ch. de Luna (*La Presse Médicale*, 82, pag. 1580, 1935) riferiscono un caso d'ittero da ostruzione in cui potettero preoperatoriamente fare la diagnosi di cisti d'echinococco aperta nelle vie biliari perchè col sondaggio duodenale trovarono, microscopicamente, numerosi uncini.

Gli AA. insistono sull'importanza di questa prova per la diagnosi in casi simili.

G. GENTILE.

Contributo allo studio dei tumori mesenchimali della cistifellea.

Scarso è il numero dei tumori mesenchimali della vescichetta biliare raccolto nella letteratura ed alcuni di questi sono incerti, ovvero non risulta a sufficienza documentato che debbano ritenersi come primitivi.

A. Triggiani (*Lo sperimentale*, ottobre 1935) dopo aver riassunta la letteratura intorno ai sarcomi primitivi della cistifellea e riferito di un caso da lui osservato, dai rilievi fatti comparativamente ad altri casi descritti, crede di dover confermare la verità dei tumori di tipo sarcomatoso della vescichetta biliare e la maggior frequenza di essi nel sesso femminile, La varietà più diffusa è certamente la fusocellulare. Alcuni caratteri macroscopici, la sede della lesione, lo sviluppo estrinseco alla mucosa, la diffusione metastatica per via sanguigna, l'integrità delle linfoghiandole prossimali, l'aumento cospicuo della cistifellea in confronto di quanto avviene ordinariamente nel cancro, la rapidità del decorso possono orientare verso la diagnosi. Malgrado che il sarcoma si rinvenga molto spesso associato alla calcolosi, si impongono le maggiori riserve per ammettere un rapporto di causalità. I caratteri istologici non sempre permettono una classificazione del blastoma di ordine istogenetico. Per i reperti osservati e per le considerazioni svolte il tumore poteva definirsi come blastoma mesenchimale di tipo immaturo. Infatti lo studio del caso descritto ha rivelato nei singoli noduli strutture diverse di tipo rotondo cellulare come nel sarcoma, fuso cellulare come nei blastomi che prendono origine dal tessuto fibroso, di carattere peritelìale come nei tumori la cui matrice è rappresentata dagli elementi avventiziali.

G. LA CAVA.

Rottura spontanea del coledoco.

Bernhard (*Zbl. chir.*, N. 31, 1935) pubblica 2 casi di rottura spontanea del coledoco in pazienti precedentemente operati di drenaggio del coledoco; evenienza rarissima che nella clinica di Fischer è stata osservata in questi due casi su circa 1000 operati di coledocotomia. In uno dei casi si trattava di colecistite e colangite senza calcoli, nell'altro di calcolosi del coledoco. Il drenaggio era stato tenuto rispettivamente 20 e 18 giorni e le pazienti erano state dimesse con cicatrizzazione completa. Dopo 5 e dopo 8 settimane, rispettivamente, le paz. erano rientrate in clinica con la sintomatologia di addome acuto e furono sottoposte a reintervento con diagnosi di peritonite da causa sconosciuta e di pancreatite acuta. Reperto di bileperitoneo. Morte dopo 6 e dopo 3 giorni.

L'A. dà importanza, per il determinismo di questa rara complicazione, alla coledocite, alla assenza di fibre elastiche nella cicatrice recente del coledoco, e alla stasi biliare che nel secondo caso era sostenuta da un calcolo incuneato nella papilla di Vater.

La diagnosi clinica non fu fatta, ma sarebbe stato facile farla se si fosse pensato alla possibilità di tale evenienza.

L'indicazione operatoria è urgente e consiste nel drenaggio addominale.

I due casi dell'A. vennero a morte perchè trattati tardivamente. G. PACETTO.

Le iniezioni di lipasi epatica nella cura delle cirrosi ascitogene.

Noël Fiessinger e A. Gajdos (*Soc. Med. des Hôp. de Paris*, luglio 1935) avendo in ricerche anteriori constatato nelle cirrosi epatiche un abbassamento del tasso della lipasi serica, che raggiungeva fino al 50 % e anche più, e che procedeva di pari passo al decorso clinico, si sono domandati se la somministrazione parenterale di lipasi non sarebbe stata benefica.

Le prime esperienze condotte su cani iniettando bisettimanalmente intravena 20 cc. di estratto lipasico di fegato di cane in cani portatori di epatite fosforica hanno dimostrato un aumento notevole della resistenza degli animali trattati in confronto dei testimoni.

Allora hanno iniettato la stessa lipasi a dei cirrotici tipo Laënnec in evoluzione, con ascite a ripetizione e segni clinici di insufficienza epatica.

Riportano minutamente la descrizione di un caso clinico che dimostra come il trattamento abbia fatto scomparire l'ascite e la insufficienza epatica. In altri sei casi ottennero risultati simili. Vi fu scacco in 4 casi che non si beneficiarono, ma due erano molto avanzati, e negli altri due vi erano complicanze per infezioni cutanee associate.

L'innocuità del trattamento (non febbre, non albuminuria, nè altro) la sua efficacia lo impongono alla generale attenzione. Naturalmente questo metodo non sfugge alla legge generale di patologia epatica che: per avere un successo è necessario persista una capacità dell'organo malato di rispondere alla nostra stimolazione, ed una esistenza di riserva di recupero.

L. TONELLI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'etiologia dell'ittero catarrale.

Il fatto della comparsa epidemica dell'ittero catarrale più volte osservato (Walgreen, Bonini) ha fatto da più tempo prospettare l'origine microbica di esso; alla denominazione dell'ittero infettivo hanno contribuito anche fattori dell'ordine clinico; però finora la ricerca dell'agente infettivo è rimasta infruttuosa, salvo rare eccezioni (Debré), limitate a casi sporadici. Un contributo di notevole importanza alla risoluzione del problema viene attualmente fornito dall'A.

Studiando la flora batterica in un vasto numero di bambini affetti da disturbi intestinali, febbri di natura indeterminata ecc. K. Hassmann (*Münch. Med. Wochenschr.*, 20 sett. 1935) ha potuto riscontrare la frequente presenza di un tipo speciale di b. coli, il così detto b. paracoli caratterizzato dalla mancata produzione di fermentazione del lattosio. Ad un'analoga ricerca sono stati sottoposti 10 casi di ittero catarrale; in 7 di essi è stata positiva (fra queste due casi in fratelli ammalatisi quasi contemporaneamente). Lo studio batteriologico ed immunologico degli infermi ha messo in evidenza dei fatti comprovanti l'importanza etiologica del b. paracoli. La ricerca delle agglutinine nel sangue degli infermi ha mostrato l'esistenza di queste verso il b. paracoli; il titolo dell'agglutinazione era di 1:160, 1:320 (la prova era negativa per il tifo, paratifi, il b. di Bang ecc.). Va notato che l'agglutinazione a titolo piuttosto alto si manifestava solo a malattia inoltrata, e scemava rapidamente ad avvenuta guarigione. D'altra parte, col miglioramento dell'ammalato, l'osservazione colturale della flora intestinale dimostrava la progressiva scomparsa del ceppo paracoli, sostituito dal b. coli comune.

Collo studio batteriologico sui b. paracoli isolati dalle feci o dall'intestino degli infermi deceduti, è stata osservata la frequente trasformazione del ceppo patogeno in quello comune di b. coli, di cui acquistava anche le caratteristiche biochimiche; tale trasformazione avveniva più o meno rapidamente nei successivi passaggi colturali.

Nel loro complesso le osservazioni dell'A. indurrebbero quindi ad attribuire un valore patogeno al b. paracoli anche nella determinazione del quadro dell'ittero infettivo; l'infezione può essere di origine esogena; ma, la possibilità di trasformazione del paracoli in varietà non patogena ai coli, farebbero inoltre presumere che in alcune circostanze potrebbe avvenire una trasformazione opposta, cioè l'acquisizione del potere patogeno da parte dei germi saprofiti con la conseguente infezione di origine endogena.

S. MINZ.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. C. de P. di C.:

L'uso dell'aicool-sublimato nella disinfezione delle ferite e delle mani dell'operatore è oggi molto decaduto sia in rapporto alla tossicità del sublimato, che alla facilità di provocare degli eczemi: e infine per il fatto che si formano in superficie, sulle ferite, degli albuminati insolubili che, quando sia necessario, impediscono l'azione sterilizzante dell'antisettico in profondità. L'alcool-sublimato è usato ancora in ginecologia per la disinfezione pre-operatoria della mucosa vaginale. Bergmann usava una soluzione forte (alcool 800, acqua 200, sublimato 10) e una più debole (contenente invece il sublimato al 1 ‰), così Schaeffer, ecc. Il favorevole decorso delle ferite da Lei osservato credo essenzialmente in relazione alla accurata *toilette* che pratica e che di solito viene eseguita con pari successo con la soluzione Dakin-Carrel e più semplicemente con l'acqua sterile dando particolare peso piuttosto alla detersione meccanica che a una vera e propria disinfezione della ferita impossibile ad aversi senza gravi lesioni dei tessuti.

P. V.

VARIA

Risultato di un trapianto dell'alluce controllato dopo 14 anni.

F. Burian (*La chirur. plast.*, 3-114-1935) riporta un caso di trapianto dell'alluce. Si trattava di un soldato che per l'esplosione di una granata aveva perduto il pollice, l'indice e la terza falange del dito medio della mano sinistra.

L'A. ha cominciato la terapia riparatrice 4 mesi dopo la ferita. L'ha eseguita in parecchie riprese, ed ha ottenuto un perfetto attecchimento dell'alluce. I risultati a distanza sono stati una quasi perfetta funzione dell'articolazione metacarpo-falangea, mentre l'articolazione interfalangea non aveva che scarsissimi movimenti. Dice come il metodo deve esser riservato a soggetti giovani che desiderano un discreto risultato cosmetico.

Bisogna aver cura di ottenere una larga apposizione delle parti molli allo scopo di assicurare un buon nutrimento nel periodo più critico dell'intervento cioè quando avviene la riparazione delle connessioni plantari dell'alluce. Occorre anche praticare una sutura molto precisa, e praticare la separazione del peduncolo plantare in varie tappe.

U. BRACCI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il Consiglio nazionale dei medici.

Come abbiamo già annunziato, nel Salone del Circolo della Stampa, a piazza Colonna, in Roma, si è svolta la seduta inaugurale del Consiglio Nazionale del Sindacato fascista Medici. Sono intervenuti tre rappresentanti per ogni provincia, fra i quali le più alte notabilità della scienza medica. Hanno presenziato la seduta l'on. Lantini, Sottosegretario alle Corporazioni, il direttore generale della Sanità Pubblica, Petragnani, il Segretario Nazionale del Sindacato Medici, on. Morelli e il dott. comm. Di Marzio, direttore della Confederazione Artisti e Professionisti.

Il Consiglio si è iniziato con la relazione dell'on. Morelli, che accolto da applausi si è levato a parlare entusiasmando l'uditorio col lumeggiare l'opera del medico in questo eccezionale periodo della vita nazionale.

Riferendosi all'on. Lantini, l'on. Morelli ha detto fra l'altro: « Il medico in questo momento vi dice che è a completa disposizione. Lo è come lo fu nella grande guerra, dove fu solo secondo alla fanteria per la percentuale di morti. Abbiamo iniziato il nostro Commissariato con una fortuna insperata, cioè con un discorso del Duce, che è stato il viatico e la messa in posizione in tutta Italia del medico. Il medico italiano non aveva mai sentito parole di tale altezza. Solo da quel momento il medico si è sentito parte integrante del Regime. Iniziando sotto tale auspicio, è naturale che tutto camminasse con rapidità ».

Quindi l'on. Morelli ha parlato del problema della disoccupazione medica e del cumulo delle cariche. Il cumulo delle cariche deve essere combattuto, ma sempre in relazione alla competenza alla quale le cariche stesse sono legate. Non si deve essere guidati esclusivamente dall'interesse personale, perchè l'interesse medico è strettamente legato all'interesse della Società.

Altro problema connesso alla disoccupazione medica, trattato ampiamente dall'on. Morelli, è quello della pletora medica.

Dopo aver accennato al problema del comparaggio, l'on. Morelli è passato a parlare, sempre ascoltatissimo, del testo unico delle leggi sanitarie, della provincializzazione dei Concorsi, e del grave problema degli ambulatori a cui troppo spesso ricorrono malati che, non rivestendo la qualità di lavoratori, dovrebbero invece rivolgersi al libero professionista.

Rilevata la estensione e la importanza delle Mutue sanitarie passa quindi a trattare le numerose questioni odierne che interessano il campo medico concludendo, applauditissimo, che il medico saprà oggi dare tutto sè stesso alla Patria come tutto seppe dare nella grande guerra.

Quindi il Sottosegretario alle Corporazioni on. Lantini ha tenuto, applauditissimo, il discorso inaugurale intonato all'odierna situazione per cui il lavoro dei medici potrà svolgersi attivissimo e proficuo in ogni centro per la difesa e la reazione contro le sanzioni.

Dopo il discorso dell'on. Lantini è stato approvato il seguente Ordine del giorno proposto dai rappresentanti del Sindacato Medico di Milano:

« Il Consiglio Nazionale del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, sentita la chiara e brillante relazione del Segretario Nazionale, on. Eugenio Morelli, certo interprete dei sentimenti dei Medici italiani, ne plaude l'opera solerte e fattiva a favore della Classe, e per le alte finalità affidate dal Regime Fascista, chiede la riconferma in carica per acclamazione, a Segretario Nazionale, dell'on. prof. Eugenio Morelli ».

Nella seduta pomeridiana hanno fatto importanti osservazioni sul problema delle Mutue, delle condotte sanitarie e degli altri argomenti svolti dalla relazione del Segretario Nazionale il gr. uff. Petragnani, l'on. Morelli e varî congressisti.

Il Consiglio ha esaurito i suoi lavori con fervide acclamazioni al Duce.

Il Consiglio Nazionale del Sindacato fascista dei Medici, terminati i suoi lavori, si è recato nel Palazzo del Littorio per deporre una corona di alloro nella Cappella Votiva dei Caduti per la Rivoluzione. Il Direttorio Nazionale, accompagnato dal Direttore della Confederazione dei professionisti e artisti, è stato quindi ricevuto dal Segretario del Partito, cui l'on. Morelli ha rivolto il saluto della categoria, mettendo agli ordini del Partito, oggi più che mai, tutti i medici italiani.

Il Segretario, nel prendere atto della fattiva operosità dei medici d'Italia, in ogni campo della assistenza e della salute pubblica, li ha elogiati per la loro entusiastica fede e per la loro ammirevole disciplina.

☛ *Nella rubrica* ***"Politica Sanitaria e giurisprudenza,, dei prossimi numeri, affidata al nostro Avv. Selvaggi, pubblicheremo:***

Natura giuridica delle quote di partecipazione dovute ai sanitari ospedalieri.

Le attribuzioni dei Prefetti in rapporto ai concorsi dei sanitari condotti.

Valore delle tariffe professionali per l'assistenza agli abbienti.

Il periodo di prova e le disposizioni del nuovo ordinamento.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Il concorso bandito in data 21 agosto 1935, per un posto di primario chirurgo ostetrico ginecologo è revocato.

RAVENNA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 31 genn., ore 16; direttore della Sez. Dispensariale di Lugo; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; età limite 40 anni al 20 nov.; docum. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

VARESE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Il Presidente del Consorzio rende noto, in data 12 corrente dicembre, che il termine utile per la presentazione della domanda e dei documenti per essere ammessi al concorso a cinque posti di Assistente Sanitaria Visitatrice presso i Dispensari Antitubercolari di detta Provincia è prorogato fino alle ore dodici e trenta del 15 febbraio 1936-XIV.

Medico vasta cultura generale è ricercato da importante Casa Farmaceutica per collaborazione propaganda medica e direzione Ufficio scientifico. Scrivere E. Campanelli (Casa-Fa), Via Sistina 14, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Gr. Uff. Dott. Vasco Tamanti, ispettore sanitario dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, è stato recentemente promosso tenente colonnello medico a scelta speciale.

Al valoroso professionista rallegramenti cordiali.

Il dott. Alfredo Ferrannini, assistente nella Clinica Medica di Roma, è riuscito vincitore in due concorsi nazionali fra i laureati in medicina e chirurgia di tutte le Università italiane: uno per una borsa di perfezionamento all'estero concessa dal Ministero della Educazione Nazionale per l'anno accademico 1935-1936; ed un altro per una borsa di reciprocità con l'Ungheria pure per l'anno accademico 1935-1936. Rallegramenti.

In esito a concorso, sono stati nominati primari ostetrico-ginecologi negli Ospedali Riuniti di Roma i proff. Luigi Caravani e Roberto Bompiani. (Vivi rallegramenti).

L'Università di Strasburgo ha conferito il grado di dottore *honoris causa* al dott. Archibald Young, titolare della cattedra di chirurgia nell'Università di Glascow; ed a titolo postumo al dott. Jules Gonin, che tenne l'insegnamento di clinica oftalmologica a Losanna (deceduto pochi giorni dopo la deliberazione di conferirgli l'alta distinzione).

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Antonio Orofino, in clinica delle malattie delle vie urinarie; Luigi Daneo, in clinica psichiatrica; Baldassarre Giarfina e Giuseppe Tata, in ostetricia e ginecologia; Francesco Landogna, in patologia speciale medica; Vincenzo Bollini, Antonio Capua, Adolfo Chio, Gastone Impiombato, Achille Manara e Serse Zanetti, in radiologia medica; Quirico Carando, in radiologia e terapia fisica.

La massima onorificenza scientifica dell'Argentina, il premio nazionale delle scienze, è stato conferito al dott. Julio Diez per il suo studio: « Chirurgia del simpatico lombare ».

NOTIZIE DIVERSE

Organizzazione sanitarie nell'A. O. I.

Com'è noto, le provvidenze profilattiche e igienico-sanitarie nell'Africa Orientale hanno condotto a risultati molto soddisfacenti; esse riguardano l'acqua potabile, gli alloggiamenti, le lavanderie, i bagni, la lotta contro le malattie infettive attraverso le vaccinazioni, i laboratori batteriologici, le disinfezioni, l'isolamento dei malati ecc.

I servizi di assistenza si svolgono in modo perfetto, mediante le formazioni ospedaliere, le ambulanze radiologiche e odontoiatriche, gli automezzi e le vetture ferroviarie speciali per il trasporto dei feriti e malati, i convalescenziari e le navi-ospedale (una per turno fa servizio stazionario nel porto di Massaua).

L'assistenza sanitaria nelle regioni occupate.

L'assistenza sanitaria è stata rapidamente organizzata dalle nostre Autorità in tutte le regioni occupate. Tra le provvidenze che hanno accompagnato l'avanzata delle truppe italiane nelle terre soggette al Negus, questa è stata una delle più apprezzate dalle infelici popolazioni abbandonate dal governo di Addis Abeba in uno stato di abbrutente barbarie. Gli indigeni, vincendo abitudini e pregiudizi secolari, sono corsi fiduciosi ai nostri ospedali ed a nostri ambulatori, ove hanno ricevuto dai sanitari italiani sollecite e fraterne cure.

È giunta notizia che anche la madre di Ras Ailè Selassiè Gugsà, colta da una grave malattia, ha chiesto l'intervento dei nostri medici. Essa è stata subito visitata dalla medaglia d'oro Raffaele Paolucci, direttore della Clinica chirurgica dell'Università di Bologna, che dirige l'ambulanza di Adigrat. La madre di Ailè Selassiè Gugsà, grazie alle cure assidue dell'illustre clinico, è entrata subito in via di miglioramento.

Altre prove di fraternità da parte dei colleghi francesi.

La « Federazione della Stampa Medica Latina », con sede a Parigi, e che pubblica gli « Acta Medica Latina » diramati a tutte le Nazioni del ceppo latino, ha votato, in una recente seduta, alla unanimità, le seguenti deliberazioni:

I) Il Comitato Permanente della « Federazione della Stampa Medica Latina » invita le Riviste ed i giornali federati a continuare l'invio regolare dei loro fascicoli alle Riviste e Giornali medici italiani coi quali sono attualmente in relazione di scambi, anche in caso di non reciprocità.

II) Lo stesso Comitato Permanente desidera che le Riviste ed i Giornali federati possano continuare a tenere i loro lettori al corrente del movimento medico italiano (verso il quale coglie questa occasione per rendere omaggio alla sua importanza ed al suo valore) e prega vivamente i colleghi italiani di non voler interrompere lo scambio delle loro Riviste e Giornali con quelli delle Nazioni federate.

III) Il Comitato Permanente della « Federazione della Stampa Medica Latina » invita le Riviste ed i Giornali federati ad assicurare, durante l'anno 1936, il servizio gratuito dei loro fascicoli ai

loro abbonati italiani che non rinnovassero per quest'anno i loro abbonamenti.

Il Segretario Generale: L. M. PIERRA.

Oltre Italia, Francia, Spagna, Belgio, Svizzera, Portogallo, Romania ecc. sono rappresentate, nella « Federazione Stampa Medica Latina », tutte le Nazioni dell'America Latina, ed è bene ricordare che alla Presidenza di essa Federazione venne eletto, nell'ultima seduta del Consiglio Generale, un illustre italiano, il sen. prof. Davide Giordano.

Abbiamo sempre presente con quanta fraternità profonda i colleghi della « Federazione Stampa Medica Latina » parteciparono con noi all'omaggio commovente ai nostri morti che dormono nel Cimitero di Bligny.

Formazioni sanitarie e insegne della C. R. in Etiopia.

Sono state elevate delle proteste per il bombardamento aereo eseguito dagli italiani su Dessiè — che si pretende fosse indifesa — colpendo un ospedale da campo americano e altri impianti sanitari, protetti dall'emblema della Croce Rossa.

Una nota del nostro sottosegretario agli Esteri, on. Suvich, diretta alla Lega della Società della C. R. in Ginevra, precisa i fatti.

Risulta che la città di Dessiè non è indifesa, ma anzi costituisce uno dei grandi centri militari dell'Etiopia. La formazione sanitaria americana non era stata denunziata al Governo italiano, come prescrive l'art. 11 della Convenzione sulla Croce Rossa, stipulata a Ginevra nel 1929. Da fotografie prese dall'aviazione italiana dopo il bombardamento, risulta che l'edifizio e le tende munite dell'insegna della Croce Rossa erano intatti. A ogni modo, se le formazioni sanitarie vogliono evitare ogni rischio, devono tenersi lontane dagli obbiettivi militari e bene isolate. Dell'emblema della Croce Rossa si è, subito dopo, fatto grande abuso da parte abissina, coprendo gli accampamenti e perfino il campo di aviazione; l'abuso è tale da distruggere le basi stesse di ogni convenzione internazionale a fini umanitari.

Assicurazione sulla vita dei militari.

Il Sottosegretario alla Guerra, on. Baistrocchi, ha firmato con l'Istituto nazionale delle Assicurazioni una convenzione riguardante l'assicurazione sulla vita degli ufficiali, sottufficiali e militari di truppa del R. Esercito. La forma assicurativa concordata riveste particolare importanza, poichè consente — a condizioni di eccezionale favore — agli appartenenti al R. Esercito la copertura immediata del rischio di morte, qualunque ne siano le cause determinanti, nonchè la copertura del rischio di invalidità permanente assoluta, sia questa determinata da malattia o da ferita, anche nel caso in cui l'invalidità derivi da cause di servizio militare coloniale.

All'Accademia Lancisiana.

L'on. Fioretti ha commemorato, presso l'Accademia Lancisiana, il prof. Marchiafava, presidente onorario dell'Accademia, l'Accademico prof. Pestalozza, membro del Direttorio, gli Accademici proff. De Fabii, De Sanctis e Geronzi, e i socii ordinari dottori Piacentini, Renzi e Fraschetti e proff. Pastore, Croce e Parisotti.

Sezione Laziale di gastro-enterologia.

Si è costituita in Roma la Sezione Laziale di gastro-enterologia secondo le deliberazioni prese dalla Società Italiana al II Raduno di Roma. Detta Sezione è presieduta dal prof. Frugoni coadiuvato da un Comitato direttivo composto dai proff. S. Baglioni, P. Alessandrini e G. Egidi; segretario: dott. A. Bonadies.

La prima seduta si terrà nell'aula della R. Clinica Medica al Policlinico nella prima decade di gennaio, in data da determinarsi, e vi saranno svolte comunicazioni di medicina, chirurgia e radiologia. Chiunque dei medici, chirurghi e radiologi di Roma e del Lazio, che coltivi con speciale predilezione la specialità, può chiedere l'iscrizione alla Società. Per informazioni rivolgersi al segretario, dott. A. Bonadies, Sala Ramazzini, Ospedale S. Spirito, Roma.

La " Giornata della Madre e del Fanciullo ".

Anche quest'anno, il 24 dicembre, sarà celebrata la « Giornata della Madre e del Fanciullo ».

Essa viene a coincidere con il Decennale dell'Opera N. M. I. Le manifestazioni avranno anche lo scopo di ricordare ciò che l'Opera ha fatto durante i suoi primi dieci anni di vita: in questo periodo essa ha assistito circa 7.500.000 madri e fanciulli ed ha creato circa 9.000 istituzioni.

È indetto nella Capitale il raduno di donne benemerite, scelte tra coloro che, sposate dopo il 10 dicembre 1925 (data di fondazione dell'Opera), abbiano il maggior numero di figli viventi. Ad essa partecipano anche i mariti delle donne prescelte. In tal modo, anche la paternità viene ad essere degnamente onorata.

Complessivamente il 24 dicembre verranno distribuiti circa 30.000 premi in denaro, per un ammontare di circa tre milioni di lire, stanziati dalla O. N. M. I.; oltre a numerosi altri premi in denaro predisposti dai vari enti, che fanno convergere la distribuzione di essi nella « Giornata della Madre e del Fanciullo ».

Corsi allievi ufficiali nei corpi sanitario e veterinario.

Per ragioni di economia il Ministero della guerra è venuto nella determinazione di non far pubblicare in tutti i comuni del Regno il consueto manifesto murale per l'ammissione ai corsi allievi ufficiali di complemento del Corpo sanitario (medici e chimici-farmacisti) e del Corpo veterinario, già indetto con la circolare 907 del « Giornale Militare » 28 novembre u. s.

Si rammenta, pertanto, agli interessati che le domande e i documenti prescritti per l'ammissione a tali corsi che non hanno potuto essere presentati ai Distretti di residenza o ai Distretti di leva entro il 20 dicembre è ammesso un termine di tolleranza di 15 giorni, a partire da tale data.

Gli interessati potranno rivolgersi ai Distretti per prendere conoscenza delle norme e condizioni che regolano l'ammissione ai citati corsi e per eventuali chiarimenti.

Un po' dovunque.

Un gruppo di ex combattenti coloniali belgi, in segno di amicizia verso l'Italia, offrirà al nostro Esercito un'autoambulanza, che verrà intitolata alla Principessa Maria Josè. La cerimonia di consegna si svolgerà a Bruxelles, in occasione di una visita dell'on. Carlo Delcroix.

È terminato il 14° corso di Clinica Tropicale impartito nell'Istituto che il Duce volle erigere quattro anni or sono, perchè i medici che si recano in Colonia avessero una conoscenza pratica delle forme morbose che si trovano nelle regioni tropicali, e che del resto si possono rinvenire anche nel nostro Paese; Istituto affidato all'alta competenza del sen. Castellani.

Una scuola di perfezionamento in dermatologia e sifilografia è organizzata presso la R. Università di Napoli, sotto la direzione del prof. G. Verrotti, per il conseguimento del titolo di specialista; il corso è biennale. Rivolgersi alla segreteria della Facoltà medica.

Il prof. Arturo Donaggio ha tenuto la sua prolusione al corso di clinica delle malattie nervose e mentali nella R. Università di Bologna, trattando il tema: « Il cervello frontale e le funzioni di movimento ».

« La Riforma Medica » del 7 dicembre pubblica una chiara ed efficace biografia del prof. Leonardo Dominici, l'insigne patologo chirurgo dell'Ateneo partenopeo, preside di quella Facoltà medica; è redatta dal dott. R. Rummo.

Si è riunito a Milano sotto la presidenza del prefetto, il Consiglio provinciale di sanità. Per l'esercizio dell'odontoiatria si è approvato un voto proposto dal prof. Baslini perchè si vigili severamente sul decoro dei gabinetti dentistici. Si è stabilito che il burro qualificato « da tavola » deve essere fabbricato con creme pastorizzate.

Si è costituita a Roma l'Associazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi bovina ed ha tenuto la prima riunione, cui intervenne l'on. Rossoni.

L'Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti si è adunata dal 18 al 20 novembre, nell'Università di Virginia; tra i temi discussi furono: i nuovi narcotici; il veleno di cobra come analgesico; analisi dei riflessi degli autisti; ecc.

La Società Medico-Chirurgica della Romagna si è adunata il 17 novembre a Faenza, sotto la presidenza del prof. F. Giugni, assistito dal segretario dott. P. Galli. Sono state fatte comunicazioni da: A. Lesi (Faenza), L. Silvestrini (Rimini), A. Franchini (Santarcangelo, 2 comunicazioni), E. Mondolfo (Cesena), M. Sella - I. Bigliardi (Lugo), D. Marcucci (Faenza), A. Parini (Faenza).

Tra i militari della guardia imperiale abissina si è prodotta un'epidemia d'influenza, malattia che pare fosse prima sconosciuta nella regione. Gli ospedali di Dessiè sono pieni di questi influenzati.

Il ministro della sanità pubblica della Francia ha eliminato, sistematicamente, i rappresentanti dei sindacati medici dalle commissioni d'esame per il diploma di Stato delle infermiere. Si tratta di una rappresaglia, attuata in risposta a critiche sollevate sull'operato del ministro.

Un mendicante a nome Andrea Frisa, morto in età di 70 anni a Tortona, ha lasciato all'Ospedale di questa città 30.000 lire.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 18 novembre al 24 novembre: Morbillo 204 (1311); Scarlattina 247 (634); Pertosse 86 (224); Varicella 121 (244); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 292 (517); Infezioni paratifiche 52 (76); Febbre ondulante 17 (23); Dissenteria 11 (12); Difterite e croup 373 (794); Meningite cerebro-spinale epidemica 6 (6); Poliomielite anteriore acuta 24 (29); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 4 (5); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 32 (39), dichiarata — (—); Pustola maligna 22 (24).

Indice alfabetico per materie.

Il N. 52 contenente il frontespizio e l'Indice Generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il N. 1 dell'annata XLIII uscirà il 6 gennaio 1936.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.